

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ.

<i>Профессор генерал-майор медицинской службы П. И. Егоров</i>	11
--	----

Г А С Т Р И Т Ы

ГЛАВА I. КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ГАСТРИТАХ

<i>Подполковник медицинской службы С. Б. Гейро</i>	15
--	----

ГЛАВА II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТОВ У ВОЕННО-СЛУЖАЩИХ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ И НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

<i>Подполковник медицинской службы С. Б. Гейро</i>	23
--	----

ГЛАВА III. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГАСТРИТОВ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА

<i>Доцент подполковник медицинской службы Б. А. Житников</i>	34
--	----

ГЛАВА IV. ОСТРЫЕ ГАСТРИТЫ

<i>Доцент подполковник медицинской службы Б. А. Житников</i>	39
--	----

ГЛАВА V. ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ

<i>Доцент подполковник медицинской службы Б. А. Житников и майор медицинской службы Л. Д. Рудник</i>	43
--	----

ГЛАВА VI. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТОВ

<i>Профессор Д. С. Линденбратен</i>	51
---	----

ГЛАВА VII. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ

<i>Доцент подполковник медицинской службы Б. А. Житников</i>	55
--	----

ГЛАВА VIII. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

<i>Доцент подполковник медицинской службы Б. А. Житников</i>	60
--	----

ГЛАВА IX. ИСХОДЫ ГАСТРИТОВ

<i>Полковник медицинской службы профессор А. Ф. Александров и майор медицинской службы А. Л. Казанов</i>	66
--	----

ГЛАВА X.	ГАСТРИТЫ У РАНЕНЫХ И КОНТУЖЕННЫХ	
	<i>Доцент подполковник медицинской службы В. А. Житников</i>	73
	ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	
ГЛАВА I.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РОССИИ В XIX И НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЯ	
	<i>Подполковник медицинской службы С. Б. Гейро</i>	81
ГЛАВА II.	ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
	<i>Подполковник медицинской службы С. Б. Гейро</i>	89
ГЛАВА III.	ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы профессор В. А. Бейер</i>	108
ГЛАВА IV.	КЛИНИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы профессор В. А. Бейер</i>	113
ГЛАВА V.	ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
	<i>Полковник медицинской службы Г. Н. Чекулаев</i>	128
ГЛАВА VI.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ	
	<i>Профессор И. М. Яхнич</i>	134
ГЛАВА VII.	ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
	<i>Полковник медицинской службы Г. Н. Чекулаев</i>	143
ГЛАВА VIII.	ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы профессор В. А. Бейер</i>	146
ГЛАВА IX.	ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы Г. Н. Чекулаев</i>	151
ГЛАВА X.	ИСХОДЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
	<i>Полковник медицинской службы профессор А. Ф. Александров и майор медицинской службы А. Л. Каганов</i>	157
ГЛАВА XI.	АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы Д. И. Мебель</i>	165
ГЛАВА XII.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ИСХОДОВ И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
	<i>Полковник медицинской службы В. К. Жуковский</i>	183
ГЛАВА XIII.	ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У РАНЕНЫХ И КОНТУЖЕННЫХ	
	<i>Подполковник медицинской службы С. Б. Гейро и полковник медицинской службы Г. Н. Чекулаев</i>	193
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	<i>Профессор генерал-майор медицинской службы П. И. Егоров</i>	209
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ		219

ВВЕДЕНИЕ

В настоящем разделе, посвященном болезням желудка, подробно разбираются только две нозологические единицы — гастриты (катарр желудка) и язвенная болезнь, так как среди группы желудочно-кишечных заболеваний эти болезни по количеству занимали основное место.

Из исторического обзора, а также из данных о заболеваемости гастритом в русских войсках во время войн XIX и начала XX столетия видно, что это заболевание вовсе не учитывалось. Диагностика гастрита была крайне примитивной и необоснованной; даже в период первой мировой войны больные острым и хроническим гастритом не регистрировались и в официальную статистику санитарных потерь не вошли. Только по отдельным литературным данным можно заключить, что катарр желудка был достаточно распространен, но проходил под другими разнообразными диагнозами или относился к «прочим заболеваниям желудка и кишок».

Следует, однако, указать, что во время прежних войн, в частности, в русско-японскую войну 1904—1905 гг., регистрировалось очень много больных с «острым желудочно-кишечным катарром». В их число входили также больные, страдавшие легким расстройством пищеварения и лечившиеся амбулаторно. Этот «острый желудочно-кишечный катарр» бесспорно представлял смешанную группу различных, преимущественно инфекционных, заболеваний (дизентерия, отчасти тифы, паратифы). Сюда, очевидно, надо отнести и заболевания желудочно-кишечного тракта, связанные с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов (пищевые токсикоинфекции).

Несомненно, в этиологии ряда желудочно-кишечных катарров в прошлые войны вследствие неполноценности питания личного состава войск, обусловленной дефектами интендантской службы, огромную роль играл недостаток витаминов в пищевом рационе; в частности, с гиповитаминозом B₁, PP, C и A, очевидно, нужно связать так называемые сухарные поносы, наблюдавшиеся у солдат при длительном употреблении недоброкачественных сухарей вместо хлеба.

Отсутствие точных данных о заболеваемости гастритом в прежние войны надо отнести за счет недостаточного умения распознавать это заболевание. По существу и до настоящего времени полностью не устранены затруднения в диагностике гастрита. Гастриту нередко предшествуют стойкие нарушения функций желудка, нередко принимаемые за гастрит. Кроме того, гастрит может быть связан с заболеваниями других внутренних органов. Ввиду всех этих обстоятельств, некоторые терапевты отрицают существование гастрита как самостоятельного заболевания или по крайней мере сомневаются в возможности достоверного его распознавания.

Однако большинство врачей, отмечая трудности распознавания гастрита, признавало и в довоенный период, и во время Великой Отечественной войны существование гастрита как нозологической формы, проявляющейся в определенном комплексе клинических, лабораторных и рентгенологических симптомов.

Все изложенное делает понятным актуальность изучения материалов, касающихся гастрита, и необходимость подведения итогов особенностей возникновения, течения и лечения этого заболевания в период Великой Отечественной войны.

Благодаря хорошо организованной медицинской службе в Советской Армии, удалось не только изучить частоту различных форм гастрита у военнослужащих, но и детально осветить также ряд других вопросов, имеющих большое значение для клиники, этиологии, патогенеза и лечения этого заболевания. Так, в настоящем труде приводятся впервые новые данные о возникновении гастритов у военнослужащих в связи с некоторыми видами ранений и контузий.

Анализ исходов имеет известное практическое значение для организации во время войны диагностической и лечебной помощи больным и для решения вопросов, связанных с военно-врачебной экспертизой.

Остановившись несколько подробнее на характеристике гастритов у военнослужащих во время Великой Отечественной войны в Советской Армии, необходимо отметить, что в громадном большинстве случаев речь шла о заболеваниях, возникших еще до войны.

Сравнительно большой процент госпитализированных во время войны объясняется тем, что в мирное время в стационар помещались лишь наиболее тяжелые больные; большинство же проводило лечение амбулаторно. Во время войны военнослужащие госпитализировались, иногда даже при сравнительно легких обострениях, ввиду невозможности в условиях походно-боевой обстановки осуществлять необходимые лечебные мероприятия и, в частности, режим питания.

Бесспорно, условия боевой обстановки способствовали более частым, чем в мирное время, обострениям хронических гастритов.

Тем не менее заболевания острым гастритом на протяжении всей войны встречались в Советской Армии редко, по крайней мере среди госпитализированных (3,0—6,0% ко всей группе заболеваний гастритом), что свидетельствует об эффективности профилактических мероприятий и о хорошей организации питания в наших войсках. Это становится особенно ясным, если учесть, что в возникновении острых гастритов экзогенные факторы пищевого происхождения и пищевые интоксикации играют наиболее важную роль.

Частота заболеваний различными формами хронических гастритов в различные периоды Великой Отечественной войны колебалась, в зависимости от оперативно-тактической обстановки, времени года и характера общей заболеваемости.

Важно подчеркнуть тот факт, что в Советской Армии был крайне низок процент функциональных заболеваний желудка, так называемых нервных диспепсий. В Советской Армии психоневрозы и вегетативные неврозы встречались редко; так же редко наблюдались и гастриты в сочетании с нервными или вегетативными нарушениями.

В течение Великой Отечественной войны беспрерывно возрастал процент правильных диагнозов в войсковом районе, что, конечно, не могло не отразиться на увеличении количества благоприятных исходов.

Подавляющая часть болевших гастритами выписывалась в строй по выздоровлению или во всяком случае со значительным улучшением.

Не менее существенным представляется вопрос о язвенной болезни. Частота распознавания данного заболевания у военнослужащих на протяжении прежних войн, как и частота диагностики гастритов, во многом зависела от уровня медицинских знаний и технической оснащенности лечебных учреждений.

Редкость заболевания язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в прошлые войны, очевидно, объясняется ограниченными диагностическими возможностями того времени. Более или менее правильное представление о язвенной болезни установилось только после первой мировой войны, когда в обиход клиники вошли такие важнейшие вспомогательные методы исследования желудочно-кишечного тракта, как рентгеноскопия, рентгенография, фракционное исследование желудочного сока и гастроскопия. Господствовавшее ранее мнение о язве только как о болезни желудка не подтвердилось; наоборот, оказалось, что язва двенадцатиперстной кишки встречается не менее часто, чем язва желудка. К этому времени начало уже вырисовываться четкое представление о язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки как об особой нозологической единице — язвенной болезни. Окончательно это представление выкристаллизовалось к началу Великой Отечественной войны. Опыт Великой Отечественной войны в свою очередь дал много нового в изучении проблемы язвенной болезни в целом и особенно в части ее этиологии, патогенеза и клиники.

Это вполне понятно, если принять во внимание частоту случаев язвенной болезни по отношению к общей заболеваемости, длительность ее лечения.

Не только несвоевременное распознавание заболевания, но в ряде случаев и неизбежные во время войны условия, как, например, вынужденная эвакуация, к тому же нередко по весьма плохим дорогам, и невозможность иногда проводить своевременную рациональную терапию, влияли, вне сомнения, на характер течения болезни.

В соответствующих разделах настоящего труда разбирается один из основных вопросов — увеличивается ли частота язвенной болезни в действующих войсках, чаще ли возникают свежие язвы или же обострения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у солдат и офицеров различных родов войск, в зависимости от активного участия в боевых операциях.

Необходимо здесь же отметить один бесспорный факт — до начала Великой Отечественной войны в Советской Армии язвенная болезнь среди заболеваний органов пищеварения занимала ничтожное место. Например, по материалам крупного Ленинградского окружного госпиталя, в первой половине 1941 г. поступление больных язвенной болезнью зарегистрировано в единичных случаях. Следовательно, кадровый состав нашей армии и с этой точки зрения был вполне здоровым. В первый же год войны отмечался довольно значительный рост случаев язвенной болезни. Например, в госпиталях ФЭП Н-ского фронта уже в сентябре 1941 г. язвенная болезнь составляла 8,3% заболеваний. В одном из крупнейших сортировочных эвакуогоспиталей того же фронта за первые 14 месяцев войны язвенная болезнь составляла 9,3% общего числа заболеваний, или 25,0—30,0% к группе всех желудочно-кишечных заболеваний. Таковы же данные другого фронта, в армейских госпиталях которого процент язвенной болезни в октябре — ноябре 1941 г. составлял 9,2—12,7,

а в первом квартале 1945 г. — всего 2,3; во фронтовом районе того же фронта в октябре 1941 г. — 11,5, а в первом квартале 1945 г. — 5,7.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что, во-первых, нарастание частоты язвенной болезни в действующих армиях имело место уже в первые годы войны и, во-вторых, что указанный рост шел за счет лиц, пришедших в армию из запаса. Поэтому, наряду с динамикой госпитализации больных язвенной болезнью в армии, были изучены показатели заболеваемости и среди гражданского населения призывных возрастов в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне.

На основании всех этих данных можно сделать вывод о том, что если язвенная болезнь и не является «болезнью войны», то все же определенная группа лиц, страдавшая до призыва в армию язвенной болезнью, была практически здорова и лишь под влиянием изменившихся условий заболевания, ранее протекавшее скрыто, обострилось. Так или иначе, но в ряде случаев заболевание впервые выявлялось на войне. Здесь, следовательно, можно думать либо об обострении ранее латентно протекавшей язвенной болезни, либо о возникновении заболевания впервые на войне.

Как будет показано ниже, число лиц, впервые заболевших на войне, было в общем невелико; среди всех язвенных больных оно в среднем не превышало 25,0%.

В разделе «Язвенная болезнь» значительное место отводится вопросу об особенностях клинического проявления язвенной болезни во время войны, ее этиологии, патогенезу. Особое внимание уделяется также анализу боеспособности призванных в армию лиц, ранее подвергавшихся оперативному вмешательству по поводу язвенной болезни. Специально разработаны материалы о медицинских исходах при язвенной болезни.

В отдельную главу выделен раздел «Язвенная болезнь у раненых и контуженных». Вопрос о частоте язвенной болезни у раненых и о взаимосвязи этого заболевания с боевой травмой представляет значительный теоретический и практический интерес.

Весьма важно также изучение вопроса о возникновении или обострении язвенной болезни у раненых в зависимости от локализации, характера и тяжести боевой травмы и особенно у раненых с повреждением центральной и периферической нервной системы (ранение с повреждением головного и спинного мозга, контузия, ранение в конечности с повреждением нервных стволов и т. д.).

Для разрешения поставленных выше вопросов был разработан весьма значительный статистический материал, позволяющий сделать вполне обоснованные выводы, как часто у раненых встречалась язвенная болезнь и каковы особенности возникновения и клинического течения язвенной болезни у раненых и контуженных.

Г А С Т Р И Т Ы

Г Л А В А I

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ГАСТРИТАХ

Проблема гастритов, несмотря на свою почти полуторавековую историю, не может считаться разрешенной. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и патологической анатомии гастритов являются до настоящего времени весьма спорными. Некоторые авторы вообще подвергают сомнению существование гастрита как самостоятельной нозологической единицы, другие отрицают ведущую роль воспалительных процессов при гастрите и указывают на своеобразие происходящих изменений слизистой желудка, рассматривая их как «перестройку слизистой».

В кратком историческом обзоре трудно в достаточной степени осветить все сложное и многообразное развитие учения о гастрите. Мы охарактеризуем лишь основные представления о гастрите в прошлом и начале настоящего столетия с тем, чтобы, с одной стороны, показать, как складывалось современное учение о гастрите, а с другой — способствовать уяснению последующих данных о частоте распознавания гастрита в русских войсках в войнах прошлого и начала настоящего столетия.

Историю учения о гастритах можно условно (схематически) разделить на три этапа.

Первый этап может быть охарактеризован как анатомический. Уже Морганьи говорил о гастрите как о болезни желудка, имеющей определенный анатомический субстрат. Однако только после дальнейших работ, в которых клинические наблюдения над больными связывались с анатомо-морфологическими фактами — результатами вскрытий — и обосновывались ими, анатомическое направление получило особенно широкое развитие. Это направление, по своей сущности диаметрально противоположное идеалистической и схоластической медицине средневековья, нашло, в частности, выражение в высказываниях русских клиницистов — материалистов конца XVIII и начала XIX века Зыбелина, Дядьковского, Мудрова.

Анатомическое направление в медицине вообще и в патологии желудка в частности, несмотря на односторонность и фактические ошибки, лежащие в его основе, несомненно, было шагом вперед по сравнению с умозрительными и спекулятивными теориями средневековья.

Учение Бруссе (участника войн начала XIX века) о катарре желудка, получившее широкое распространение и господствовавшее на протяжении почти полувека, применялось для объяснения не только клиники заболеваний желудка, но и заболеваний ряда других систем и органов. Только спу-

стя 30—35 лет было установлено, что изменения слизистой желудка, принимаемые Бруссе за воспалительные, есть не что иное, как посмертные ее изменения, связанные отчасти с воздействием желудочного содержимого. Поколебленное патологоанатомическими исследованиями учение Бруссе о катарре желудка было окончательно отвергнуто с возникновением экспериментального и в дальнейшем функционального направления в медицине.

С развитием упомянутого направления в патологии связано возникновение второго этапа в учении о гастрите. Этот период может быть также условно охарактеризован как экспериментальный и функциональный. В России экспериментальное изучение желудка было начато Басовым (1842), впервые наложившим искусственную фистулу желудка. С введением в практику исследования желудка посредством толстого зонда начинает развиваться функциональное направление. В дальнейшем экспериментальное и функциональное направление в изучении физиологии органов пищеварения нашло свое отражение в генеральных исследованиях И. П. Павлова, показавшего тесную связь функции и состояния желудка с высшей нервной деятельностью и зависимость их от воздействия внешней среды. Однако функциональное направление в учении о гастрите под влиянием работ зарубежных клиницистов приняло односторонний характер, выразившийся в отрыве функциональных изменений от морфологического субстрата.

Это был период господства учения о так называемых функциональных заболеваниях желудка, о первичной диспепсии, о чувствительных, двигательных, секреторных и других неврозах желудка. Термин «катарр желудка» был вытеснен из клинической диагностики, но остался широко распространенным среди практических врачей. Частично это направление было реакцией на ограниченные анатомо-морфологические представления, в которые не укладывались все факты, полученные экспериментом и клиникой при функциональном исследовании желудка.

Необходимо подчеркнуть, что русским клиницистам не было свойственно противопоставление функционального органическому. П. М. Попов из школы Захарьина, в противовес немецкой школе, говорил о недопустимости трактовки проблем желудочной патологии в полном отрыве от морфологического субстрата, а А. А. Остроумов указывал на тесную связь между функциональными и органическими заболеваниями желудка, отнюдь не противопоставляя эти понятия.

Третий этап развития учения о гастрите связан с работами советских физиологов, клиницистов и патологов (физиологические школы — И. П. Разенков, К. М. Быков; клинические — М. П. Кончаловский, Р. А. Лурия, М. И. Певзнер и в области патологической анатомии желудка — Ю. М. Лазовский). Это направление может быть охарактеризовано как клиническое и синтетическое, так как в этих исследованиях было установлено единство, взаимосвязь и взаимозависимость морфологических и функциональных изменений желудка.

Вновь, но уже на иной основе, было выдвинуто учение о гастрите как о весьма распространенном заболевании, протекающем по типу воспаления паренхиматозного железистого органа; в отношении такого рода воспаления диагноз «катарр желудка» является неправильным и не отражающим сущности процесса.

В противовес односторонним увлечениям английских и американских авторов инструментальными и лабораторными методами исследования

и, в частности, гастроскопией, нередко проводившейся в отрыве от клиники, советские клиницисты, наряду с широким использованием лабораторных и инструментальных методов исследования, пошли по пути клинического изучения и дифференциации гастрита, по пути установления его различных клинических форм.

Были четко разграничены клинические формы гастрита: с секреторной недостаточностью и с сохраненной и повышенной секрецией и установлены типичные для этих форм гастрита клинические картины.

Разделение гастритов по характеру секреции на суперацидные, нормацидные, субацидные, анацидные и ахилические было проведено сравнительно давно, после введения функционального исследования желудка толстым зондом, а в дальнейшем и тонким зондом. Принципиально новое в предложениях советских авторов заключается в том, что ими были выделены клинические формы гастритов, соответствующие тому или другому типу нарушения желудочной секреции, и установлено влияние этих нарушений на другие пищеварительные железы и на обмен веществ (гастриты с секреторной недостаточностью). С другой стороны, была подчеркнута роль нервно-вегетативных нарушений в патогенезе определенных форм гастрита (болевые гастриты с повышенной секрецией). Как показали эти исследования, у больных гастритом с секреторной недостаточностью функциональная недостаточность желудка может способствовать вовлечению в патологический процесс кишечника и пищеварительных желез (поджелудочной железы и печени). В этих случаях у больных на первый план выступают не столько нарушения со стороны желудка, сколько симптомы общего характера, более или менее выраженный упадок питания, явления эндогенного гиповитаминоза (С и А), гипохромная анемия, поносы и гипотонический симптомокомплекс. Эти формы гастрита с секреторной недостаточностью относятся к суб- и декомпенсированным.

По характеру клинических явлений гастриты с сохраненной и повышенной секрецией также подразделяются на две формы — диспептическую и гастралгическую. При гастралгической форме гастрита (болевой гастрит, пилородуоденит, ограниченный язвенный гастродуоденит) в клинической картине преобладает болевой симптомокомплекс, по характеру очень напоминающий боли при язвенной болезни, — та же периодичность, цикличность течения, весенне-осенние обострения. В клинике этой формы гастрита большую роль играют функциональные изменения, связанные с нервно-вегетативными или нервно-психическими нарушениями. При этих формах гастрита значительно реже, чем при гастритах с секреторной недостаточностью, наблюдается вовлечение в патологический процесс других органов пищеварения. Со стороны кишечника чаще преобладают спастические явления — спастические запоры.

Опыт Великой Отечественной войны подчеркнул целесообразность подразделения хронических гастритов с точки зрения профилактики, лечения и экспертизы на гастриты с секреторной недостаточностью (с учетом степени нарушения компенсации) и на болевые гастриты с повышенной секрецией.

Первая форма гастрита в стадии субкомпенсации и декомпенсации может обусловить эндогенный упадок питания, гиповитаминоз и анемию. При второй форме гастрита при тщательном исследовании и длительном наблюдении за больными нередко устанавливается язвенная болезнь — чаще всего препилорическая или дуоденальная язва.

Краткие исторические данные о заболеваемости гастритом среди военнослужащих в русской армии в войнах XIX и начала XX столетия

В официальной госпитальной санитарной статистике царской армии о больных гастритом чаще всего не упоминается, так как основная масса подобных больных обычно не госпитализировалась и лечилась амбулаторно.

В тех случаях, когда эти упоминания имелись, они касались главным образом больных гастроэнтеритом и другими сочетанными заболеваниями.

В периодической литературе того времени гастриту также почти не уделялось внимания. Это становится понятным, если учесть массовое распространение различных эпидемических заболеваний и, в частности, энтеротропных инфекций (брюшного тифа, паратифа, дизентерии, холеры). На фоне этих заболеваний гастрит не привлекал к себе внимания. Кроме того, современные представления о гастрите значительно отличаются от представлений прошлого столетия: то, что в прошлом и в начале нынешнего века описывалось под названием катарра желудка или желудочно-кишечного катарра, во многих случаях представляло самые различные патологические процессы и в первую очередь инфекционнотоксические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Во время Отечественной войны 1812 г., вследствие недостаточно точного отграничения гастрита от группы других заболеваний пищеварительных органов, отсутствия сколько-нибудь точной регистрации больных и систематически составленных отчетов о заболеваемости, установить частоту гастритов в русской армии не представляется возможным. В исторических работах, касающихся войны 1812 г., имеются лишь общие ориентировочные указания о потерях русской армии от болезней, среди которых, помимо тому, преобладали инфекционные заболевания с преимущественной локализацией в пищеварительном тракте (дизентерия, паратиф, брюшной тиф).

Русско-турецкая война 1828—1829 гг. характеризовалась исключительно высокой заболеваемостью и смертностью в русских войсках. Среди заболеваний, опустошавших ряды армии (чума, малярия и кровавый понос), известную роль играли гастритические, алиментарные или, как их тогда называли, «сахарные поносы». Участник этой войны профессор Медико-хирургической академии Зейдлиц, описывая широкое распространение в русской армии под Адрианополем так называемых «простых», «ненатужных» поносов, большое значение в их происхождении придавал постоянному употреблению «трудноваримого, не содержащего вовсе питательных начал, черного сухаря». Он писал: «...пищеварительная способность у людей была или до того уничтожена, что вовсе не изменяла применяемой пищи, или пища неспособна была изменяться в желудке. С приближением осени людей, не страдавших поносом, было еще меньше, чем таких, у которых не было перемежающейся лихорадки». Заслуживала внимания также группа пищевых токсикоинфекций, обусловивших острые инфекционнотоксические гастроэнтериты. По свидетельству участников войны, в Придунайской армии среди солдат весьма часто наблюдались заболевания, связанные с употреблением мяса больного скота.

Во время крымской войны 1854—1856 гг. во всех сражавшихся армиях имели место эпидемии инфекционных заболеваний: холеры, брюшного тифа, дизентерии. Статистические данные о числе больных гастритом среди контингентов этой армии приводятся в ведомостях за 1854—1855 гг. В годовой ведомости о числе больных в военных временных и постоянных госпиталях бывшей Южной армии с 1 ноября 1854 г. по 1 ноября 1855 г. относительно больных гастритом имеются следующие данные: из общего числа состоявших на 1 ноября 1854 г. 13 515 больных и поступивших за год 165 288 человек больных гастритом было 220, энтеритом — 221 и диарреей — 10 755. Данные о движении этих больных по материалам, опубликованным генерал-штаб-доктором Южной армии Чернобаевым за 1854—1855 гг., представлены в табл. 1.

В годовой ведомости генерал-штаб-доктора Крымской армии Шрейбера о состоянии больных военных чинов в войсках Крымской армии с 1 ноября 1854 г. по 1 ноября 1855 г. относительно больных гастритом имелись следующие данные (табл. 2).

Таблица 1

Данные о движении больных в военных госпиталях бывшей Южной армии с 1 ноября 1854 г. по 1 ноября 1855 г.

Название болезни	Состо- ло	При- было	Выздо- ровело	Пере- ведено	Умер- ло	Состо- ит
Гастрит	5	220	203	—	19	3
Энтерит	12	221	170	31	26	6
Диаррея	1 315	10 755	6 337	539	4 348	846

Таблица 2

Данные о движении больных в военных госпиталях Крымской армии с 1 ноября 1854 г. по 1 ноября 1855 г.

Название болезни	Состо- ло	При- было	Выздо- ровело	Пере- ведено	Умер- ло	Состо- ит
Гастрит и энтерит .	2	390	131	168	90	3
Диаррея и дизенте- рия	60	18 692	6 689	11 166	737	160

Всего же больных в Крымской армии, пользовавшихся госпитальным лечением, было 183 331.

В приведенных таблицах обращает на себя внимание очень небольшое число больных гастритом как в Южной, так и в Крымской армии и весьма высокая летальность от гастрита, особенно в Крымской армии, при сочетании его с энтеритом. Объясняется это, повидимому, тем, что в одну группу с так называемым гастритом были объединены больные энтеритом и диарреей, которые во время крымской кампании отличались весьма тяжелым и злокачественным течением. В очерке о санитарном состоянии Крымской армии во время войны 1854—1856 гг. Н. Стефановский и Н. Соловьев описывают течение этого поноса так: «Обыкновенный понос (ненатужный) считается болезнью легкой, неопасною, но по таковым были поносы в Крыму. При малейшей неосторожности или упущении, а иногда и без всякого упущения, при всех принятых мерах, понос, раз появившись, принимал вдруг извурительный характер и скоро доводил больного до смерти».

Повидимому, в этиологии так называемых простых поносов немалую роль играли явления гипо- и авитаминоза РР на почве недостаточного и неполноценного питания.

Русско-турецкая война 1877—1878 гг. характеризовалась исключительно высокой заболеваемостью, превышавшей заболеваемость во время крымской войны. Что касается заболевших гастритом, то, как и в прежних войнах, они не регистрировались, так как в основном это были амбулаторные больные, и только лица с заболеваниями, осложнившимися поносом, упадком питания или другими явлениями, лечились в лазаретах при частях или в госпиталях. Поэтому мы имеем возможность изучать только сочетанные с гастритом заболевания.

В правилах для срочной врачебной отчетности на военное время от 25 июня 1875 г., опубликованных в «Военно-медицинском журнале», № 130 за 1877 г. в форме № 11 (ведомость о движении нижних чинов), в разделе острых заболеваний органов пищеварения, под № 41 выделен «острый катарр желудка и тонких кишок с включением катарральной желтухи и так называемой «гастритической лихорадки» (*icterus catarrhalis et febris gastrica*), а под № 43 — «острое воспаление желудка и кишок». В разделе затяжных местных заболеваний органов пищеварения под № 78 указаны «хронические катарральные и воспалительные заболевания желудка и толстых кишок». Таким образом, в отношении острых заболеваний желудка различали «катарр желудка» как заболевание, повидимому, более легкое, и «воспаление желудка» как страдание более тяжелое. Сохранился также термин «гастритическая лихорадка».

Необходимо указать, что в весьма подробной «Инструкции для охранения здоровья воинских чинов действующей армии», разработанной и составленной накануне русско-турецкой войны 1877—1878 гг. В. А. Манассеиным и Эхвальдом и разосланной войскам 2 декабря 1876 г., авторы в числе основных заболеваний, имеющих большое распространение в войсках в летнее время, указывали на желудочно-кишечный катарр и значительное место в инструкции посвятили указаниям по предупреждению этих заболеваний.

Заболеваемость и летальность от болезней во время русско-японской войны 1904—1905 гг. были значительно ниже по сравнению с предыдущими войнами. Это объясняется некоторым улучшением в распознавании и лечении ряда болезней, несколько лучшей профилактикой заразных заболеваний (в целях профилактики кишечных инфекций частично осуществлялось снабжение войск кипяченой водой и чаем).

В военно-гигиенической таблице (1904) гастрит не приводится. Не упоминается гастрит и в официальной статистике, и в номенклатуре заболеваний за период русско-японской войны. В гигиеническую таблицу о санитарных потерях больными во время русско-японской войны с 1904 г. под № 10 введен эпидемический гастроэнтерит. Из группы желудочно-кишечных заболеваний во время русско-японской войны 1904—1905 гг. обращает на себя внимание «острый желудочно-кишечный катарр». Согласно официальной статистике, больных острым желудочно-кишечным катарром, пользовавшихся госпитальным лечением, было 39 863, или около $\frac{3}{4}$ всех больных с заболеваниями органов пищеварения. Помимо того, 261 439 больных, страдавших легкими расстройствами пищеварения, пользовались амбулаторным лечением при частях войск. Возможно, что среди этих амбулаторных больных были и больные с острыми формами и обострениями хронического гастрита. С 27 января 1904 г. по 1 января 1906 г. больных с острым желудочно-кишечным катарром было зарегистрировано 301 302, т. е. около 40,0% среднего наличного состава русских войск, участвовавших в войне.

Больные с острым желудочно-кишечным катарром, вероятно, представляли смешанную группу с различными патологическими процессами. Основную массу этих заболеваний, повидимому, составляла группа пищевых инфекций, обусловивших острые, инфекционно-токсические гастроэнтериты. В пользу подобного предположения говорят массовые и одновременные заболевания значительных групп людей, развитие заболеваний среди сравнительного благополучия, возникновение заболеваний в связи с употреблением недоброкачественной пищи, охватывающих одновременно значительное количество людей, питающихся из одного и того же источника.

Установить частоту заболеваний гастритом в русской армии накануне первой мировой войны не удалось. В кратком отчете о санитарном состоянии русской армии за 1913 г. (Военно-медицинский журнал, т. XXXV) о гастрите совершенно не упоминается.

Мировая война 1914—1918 гг. была первой войной, которая велась многомиллионными армиями, войной, во время которой под ружье было призвано почти все боеспособное мужское население воевавших стран. Поэтому естественно было ожидать, что среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц, мобилизованных во время войны в армию, гастрит должен был получить соответствующее отражение. Однако в сохранившихся официальных статистических источниках о заболеваемости в русской армии во время первой мировой войны достаточно полных и достоверных сведений о внутренних болезнях вообще и гастритах в частности не имеется.

В периодической литературе удалось найти лишь отдельные разрозненные сведения о количестве больных гастритом, лечившихся в тех или других лазаретах. Так, например, среди 70 775 больных, находившихся на лечении в лазаретах Петроградского городского комитета Всероссийского союза городов в 1914—1917 гг., было 6 317 больных с заболеванием органов пищеварения; из них 1 198 больных с так называемым хроническим катарром желудка и кишечника, что составляло 18,8% ко всем заболеваниям органов пищеварения и 1,6% ко всем лечившимся. Процент весьма высокий, особенно если принять во внимание, что, по данным тех же учреждений, являвшиеся больные по отношению ко всем лечившимся составляли 0,22%, а по отношению к больным с заболеваниями органов пищеварения — 2,4%.

Приведенные данные косвенно свидетельствуют о сравнительно широком распространении гастрита, гестр. катарра желудка, в русской армии во время первой мировой войны. В официальную статистику санитарных потерь эти больные не вошли.

Таким образом, заболевания органов пищеварения были широко распространены в войсках во всех войнах прошлого и настоящего столетия, причем основное место принадлежало энтеротропным инфекциям,

т. е. инфекционным заболеваниям с преимущественной локализацией в желудочно-кишечном тракте (дизентерия, паратифы), а также пищевым токсикоинфекциям (инфекционнотоксические гастроэнтериты, острый желудочно-кишечный катарр).

Нередко встречались также заболевания желудочно-кишечного тракта, зависящие от неполноценного, однообразного и нерационального питания и связанного с ним гиповитаминоза (РР, В₁, А, С). К этого рода заболеваниям, повидимому, следует отнести и так называемые «сахарные пописы», нередко протекавшие злокачественно и имевшие в прошлом столетии исключительно широкое распространение во всех без исключения армиях.

Некоторые данные о распространении гастритов среди гражданского населения в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне

Изучение статистических данных о распространении гастрита среди гражданского и, в частности, среди мужского населения имеет несомненное практическое значение, так как во время войны среди военнослужащих это заболевание находит соответствующее отражение.

Анализируя заболевания внутренних органов во фронтовых условиях, можно выделить группу больных, у которых заболевание в скрытом или в компенсированном состоянии существовало до призыва в армию и только во время пребывания в армии под влиянием тех или других условий военно-полевой обстановки это заболевание выявилось, обострилось или привело к тем или другим функциональным нарушениям. В эту группу следует включить также больных хроническим гастритом и язвой желудка.

При анализе частоты гастрита среди заболеваний органов пищеварения и среди всех заболеваний желудка у больных из гражданского населения особое внимание уделено больным мужчинам в возрасте от 18 до 45 лет.

Сведения относятся к больным с «прочими заболеваниями желудка» (без язвы и рака желудка), т. е. в основном к больным гастритом, находившимся на лечении в больницах Ленинграда с 1931 по 1939 г.

Как показало изучение этих данных, «прочими заболеваниями желудка» (гастритом) почти в равной степени болеют мужчины и женщины. Соотношение больных мужчин и женщин составляло 1,15 : 1. Эти данные отличаются от соотношений при язвенной болезни — язвенная болезнь значительно чаще встречалась среди мужчин.

Распределение больных с «прочими заболеваниями желудка» по различным возрастным группам представлено в табл. 3.

Как видно из табл. 3, «прочие заболевания желудка» (гастриты) чаще всего встречаются в возрасте от 20 до 39 лет. На возрастные группы от 20 до 49 лет приходится 73,9%, т. е. почти $\frac{3}{4}$ больных. Это делает до некоторой степени понятным сравнительно широкое распространение гастритов среди военнослужащих во время войны.

Среди всех заболеваний органов пищеварения «прочие заболевания желудка» (гастриты) в возрасте от 30 до 39 лет составляли 10,7% и от 40 до 49 лет — 11,2%.

Процент больных с «прочими заболеваниями желудка» по отношению ко всем госпитализированным оказался также наиболее высоким

в возрасте от 30 до 39 лет, составляя 2,4. Вообще наиболее часто больные с «прочими заболеваниями желудка» среди всех госпитализированных встречаются в группах от 20 до 49 лет. При этом необходимо учесть различие в проценте госпитализации больных гастритом в мирное и военное время.

Таблица 3

Распределение больных (мужчин) с «прочими заболеваниями желудка» по возрастным группам

Возраст	До 9 лет	От 10 до 19 лет	От 20 до 29 лет	От 30 до 39 лет	От 40 до 49 лет	От 50 до 59 лет	Свыше 60 лет	Возраст неизвестен	Всего
«Прочие заболевания желудка» (в %)	3,8	7,2	29,7	27,2	17,0	9,1	3,6	2,4	100,0

В мирное время госпитализировались больные с наиболее тяжелыми формами гастрита, больные с более легкими формами лечились амбулаторно или в домашних условиях (соблюдением диеты и соответствующего режима). Необходимо также помнить, что в условиях мирного времени у многих больных обострения гастрита проходили сравнительно легко и больным даже не приходилось обращаться за амбулаторной помощью. Иное наблюдается в условиях действующей армии. Военнослужащие даже с легкими обострениями хронического гастрита из-за отсутствия возможности соблюдать соответствующий режим и диету были вынуждены обращаться за медицинской помощью к санитарной службе армии. Поэтому в военных условиях увеличивалась по сравнению с мирным временем амбулаторная обращаемость подобных больных, а также число госпитализированных больных.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ И НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Во время Великой Отечественной войны болезни органов пищеварения и в процентном отношении, и в абсолютных цифрах занимали одно из первых мест среди всей заболеваемости в армии. Различие между войсковым, армейским и фронтовым районом заключалось в том, что на разных этапах эвакуации изменялось соотношение между отдельными формами желудочно-кишечных заболеваний.

Анализ заболеваемости по этапам эвакуации показал, что больные с обострением хронического гастрита составляли значительный процент среди госпитализированных в войсковом и армейском районе.

В ТППГ соотношения больных гастритом колебались, в зависимости от оперативно-тактической обстановки, времени года и характера общей заболеваемости, от 7,0 до 25,0% к числу всех больных.

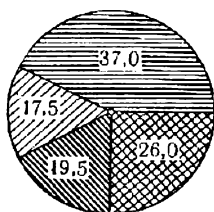
Отношение заболеваний гастритом (в процентах) ко всем терапевтическим заболеваниям по месяцам и годам Великой Отечественной войны, согласно материалам ТППГ N-ской армии, представлено ниже.

	1942 г. ¹	1943 г.	1944 г.
Январь	—	28,0	9,0
Февраль	—	14,0	12,0
Март	—	12,0	14,0
Апрель	—	6,0	12,0
Май	—	14,0	20,0
Июнь	—	21,0	15,0
Июль	—	14,0	9,0
Август	—	7,0	14,0
Сентябрь	14,0	18,0	19,0
Октябрь	23,0	25,0	23,0
Ноябрь	25,0	19,0	19,0
Декабрь	27,0	16,0	23,0
Среднее . . .	22,25	16,2	15,75

По мере продвижения от войскового и армейского района к фронтовому соотношение различных форм желудочно-кишечных заболеваний значительно изменялось. В ГБА уменьшалось число больных с острыми

¹ Данные за первые две трети 1942 г. отсутствуют ввиду того, что ТППГ находились в стадии организации.

желудочно-кишечными заболеваниями, но оставался сравнительно высоким удельный вес больных с хроническим гастритом. Среди болезней органов пищеварения на этом этапе начинала преобладать язвенная болезнь.



 Фронт
 Армия
 Задний фронт
 Эвакуация

Рис. 1. Госпитализация больных гастритом по этапам эвакуации за четыре года войны в процентах (за 100 принято поступление больных гастритом на все этапы эвакуации).

В системе лечебных учреждений ФЭП концентрировались больные, требующие более длительного лечения и среди них больные с хроническими и осложненными острыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В связи с этим в группе с заболеваниями органов пищеварения при правильно организованной эвакуации по назначению увеличивался процент больных язвенной болезнью и уменьшался процент больных с хроническим гастритом.

Как видно из рис. 1, 63,0% больных гастритом госпитализировались в войсковом и армейском

районе. На тыловой район приходилось только 17,5%. Эти данные весьма отличны от результатов, полученных при распределении язвенных больных по этапам эвакуации. Последние почти в 50,0% случаев госпитализировались во фронтовом и тыловом районе.

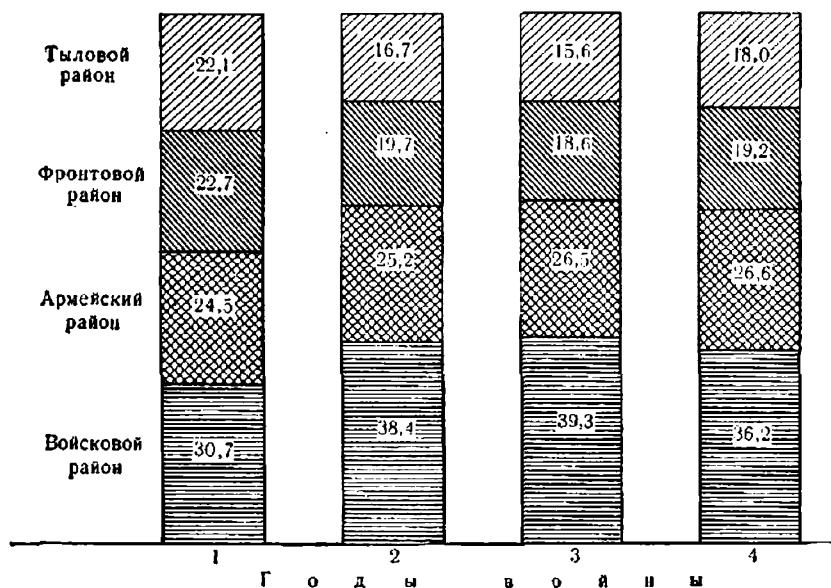


Рис. 2. Госпитализация больных гастритом по этапам эвакуации в отдельные годы Великой Отечественной войны (в процентах).

Госпитализация больных гастритом по этапам эвакуации и по годам Великой Отечественной войны представлена на рис. 2 (поступление на все этапы эвакуации за каждый год войны принято за 100).

Из рисунка видно относительное нарастание по мере продолжения войны процента госпитализации больных гастритом в войсковом районе. Если в первый год войны процент госпитализации этих больных в войсковом районе составлял 30,7, то на третий год он возрос до 39,3. В тыловом районе процент госпитализированных снизился с 22,1 в первом году до 15,6 в третьем году.

Таким образом, в третьем году Великой Отечественной войны больше больных гастритом госпитализировалось в войсковом и армейском районе, меньше — в тыловом районе, что свидетельствует о лучшей организации медицинской службы в войсковом и армейском районе.

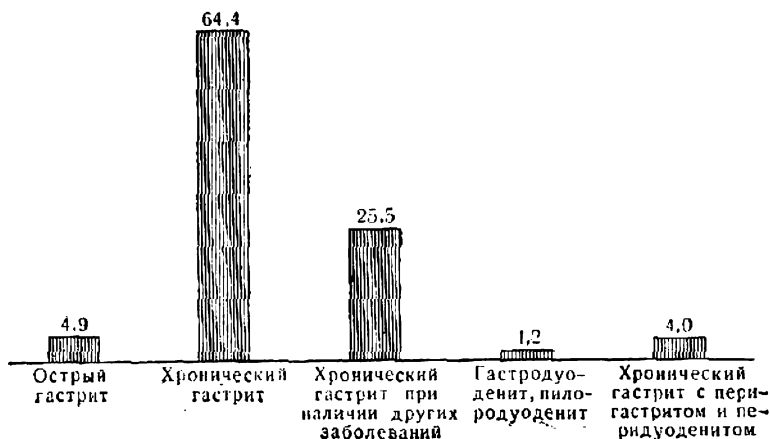


Рис. 3. Распределение клинических форм гастрита по материалам Великой Отечественной войны (в процентах к общему числу гастритов).

Приведенные данные подтверждают также положение, что больные гастритом составляли весьма большую группу среди всех больных в войсковом районе. Значительно меньше их было во фронтовом и тыловом районе.

Как видно из рис. 3, среди различных клинических форм гастритов чаще всего встречались хронические формы. Если к группе этих больных присоединить больных хроническим гастритом, у которых, помимо основного заболевания, были те или иные сопутствующие патологические процессы, то в сумме число их составит около $\frac{9}{10}$ всех случаев.

Острые гастриты составляли менее 5,0%. Пилородуодениты и гастродуодениты также встречались редко (1,2%). Нужно думать, что основная масса этих больных проходила под диагнозом язвенной болезни. Хорошо известно, что указанные выше заболевания по симптоматологии, клинической картине и течению весьма напоминают язвенную болезнь, особенно язву двенадцатиперстной кишки.

Больные, у которых хронический гастрит сочетался с перигастритом и перидуоденитом, составляли 4,0%. Эти больные могут быть отнесены к группе больных с гастритом условно и лишь постольку, поскольку у них основные симптомы заболевания соответствовали клинической картине гастрита, а рентгенологическое исследование исключало язву желудка или двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, во время Великой Отечественной войны среди различных клинических форм гастритов преобладал хронический гастрит. Как видно из рис. 4, острый гастрит на протяжении всего периода Великой Отечественной войны составлял всего 6,2—4,2%. Это обстоятельство следует особенно подчеркнуть, так как острый гастрит и инфе́кционно-токсические гастроэнтериты (острый желудочно-кишечный катарр) во всех войнах прошлого и начала настоящего столетия, в частности, во время русско-японской войны и первой мировой войны, имели весьма широкое распространение.

Наиболее часто острый гастрит встречался в первом полугодии войны (8,7%). Повидимому, это частично связано с тем, что значительные массы людей, призванных из запаса, еще не приспособились к боевой обстановке, к характеру и режиму питания. Немаловажное значение, вероятно, имела и оперативно-тактическая обстановка первого

полугодия войны (активная оборона), определившая объем и характер профилактических мероприятий. Очень небольшой рост процента больных острым гастритом в конце войны, повидимому, также связан с особенностями оперативно-боевой обстановки.

В этиологии острого гастрита как самостоятельного патологического процесса основное значение принадлежит нарушениям питания и интоксикациям. Весьма невысокий процент этого заболевания достаточно убедительно иллюстрирует хорошее состояние пищевого снабжения армии и эффективность работы медико-санитарной службы по предупреждению экзогенных заболеваний желудка.

Как видно из рис. 5, по мере продолжения войны наблюдалась тенденция к относительному снижению процента больных хроническим гастритом с одновременным относительным ростом числа больных хроническим гастритом, сочетавшимся с другими заболеваниями внутренних органов. Действительно, процент больных хроническим гастритом по отношению ко всем больным гастритом составил в первый год войны 69,0, а в третий год — 62,0. Процент больных гастритом при наличии сопутствующих патологических процессов в других внутренних органах в первый год войны был равен 20,0, а к третьему году войны — 29,0.

Относительное увеличение числа больных гастритом в сочетании с другими сопутствующими заболеваниями внутренних органов объясняется прежде всего тем, что хроническим гастритом весьма часто страдали лица пожилого возраста. У этих больных часто, наряду с гастритом, обострялись или усиливались те или другие хронические заболевания

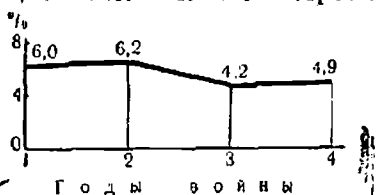


Рис. 4. Отношение острого гастрита ко всем формам гастрита по годам Великой Отечественной войны (в процентах).

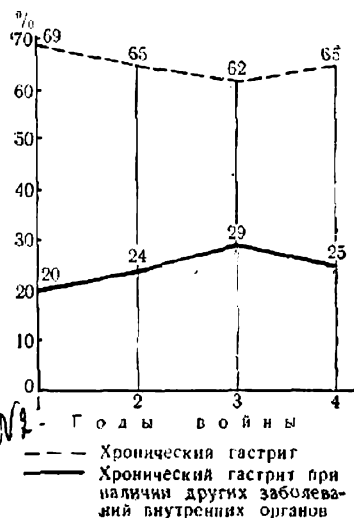


Рис. 5. Отношение хронического гастрита и гастрита при наличии других заболеваний внутренних органов ко всем заболеваниям желудка по годам войны (в процентах).

ния — хронический бронхит, эмфизема легких, дистрофия миокарда. Иногда эти заболевания были настолько выражены, что трудно было решить вопрос, что же в картине болезни является ведущим. Кроме того, увеличение указанной категории больных связано с некоторыми особенностями течения часто обостряющегося хронического гастрита, главным образом суб- и декомпенсированного гастрита с секреторной недостаточностью. Как уже упоминалось, у больных с подобными формами гастрита функциональная недостаточность желудка способствует вовлечению в патологический процесс кишечника и пищеварительных желез (поджелудочной железы и печени). В этих случаях на первый план выступали не столько нарушения со стороны желудка, сколько симптомы общего характера, более или менее выраженный упадок питания, явления эндогенного гиповитаминоза, гипохромная анемия, поносы.

Относительный рост числа госпитализированных больных с хроническим гастритом, не сопровождавшимся заболеваниями других внутренних органов, объясняется, повидимому, тем, что в подавляющем большинстве случаев подобные больные из армии не увольнялись, условия же военно-полевой обстановки способствовали обострению хронического гастрита. Кроме того, с поступающими пополнениями в армию прибывало некоторое количество больных, страдающих этим заболеванием.

Известное значение имело также возникновение новых заболеваний. Как показал анализ материалов Великой Отечественной войны, у 49,5% всех больных гастритом заболевание возникло во время войны, а 50,5% больных страдали им еще до войны. Следовательно, почти у половины всех больных гастритом заболевание возникло или впервые проявилось во время войны, тогда как в отношении больных язвенной болезнью это было установлено в 26,6% случаев.

Процент заболеваний гастритом, сочетающимся с перигастритом или перидуоденитом, по отношению ко всем клиническим формам гастрита в первый год войны составлял 3,5, во второй год — 3,2, в третий — 4,1 и в четвертый год — 4,7; в среднем — 4,0. По мере продолжения войны процент этот возрастал незначительно.

В разделе о язвенной болезни отмечен сравнительно небольшой процент перигастритов и перидуоденитов у язвенных больных. Возможно, что такие больные при отсутствии у них рентгенологически доказанной язвы (ниши) отнесены частично в группу лиц, страдающих одновременно гастритом и перигастритом.

Поступление этих больных в стационар по годам войны представляется в следующем виде (госпитализация за весь период войны принята за 100): первый год — 9,9%, второй год — 18,7%, третий год — 30,5%, четвертый год — 40,9%.

Отношение всех заболеваний гастро- и пилорoduоденитом ко всем формам гастрита по годам войны составляло в первый год 1,0%, во второй год — 1,0%, в третий год — 1,4%, в четвертый год — 1,3%, в среднем за войну — 1,2%. Отсюда видно, что число таких заболеваний во время войны было весьма незначительным.

По течению эти клинические формы гастрита характеризовались выраженными нарушениями тонической, моторной и секреторной функции желудка, склонностью к пилороспазму, болевым синдромом, ремиттирующим и циклическим течением с периодическими рецидивами и обострениями. Ввиду того что это заболевание по клиническому симптомо-комплексу весьма сходно с язвенной болезнью, часть подобных больных,

вероятно, была отнесена к группе больных язвой. Так или иначе, эти формы гастрита встречались на войне сравнительно редко.

Гастрит чаще всего встречался в возрасте от 31 года до 40 лет, реже всего в возрасте до 20 лет.

На рис. 6 представлено соотношение различных возрастных групп больных гастритами среди военнотружущих во время Великой Отечественной войны и гражданского населения мужского пола в возрасте от 18 до 50 лет в довоенный период (количество больных среди гражданского насе-

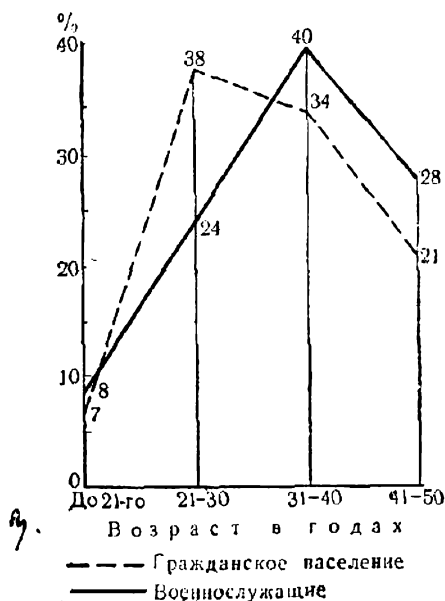


Рис. 6. Соотношение различных возрастных групп гражданского населения и военнотружущих, болевших гастритом.

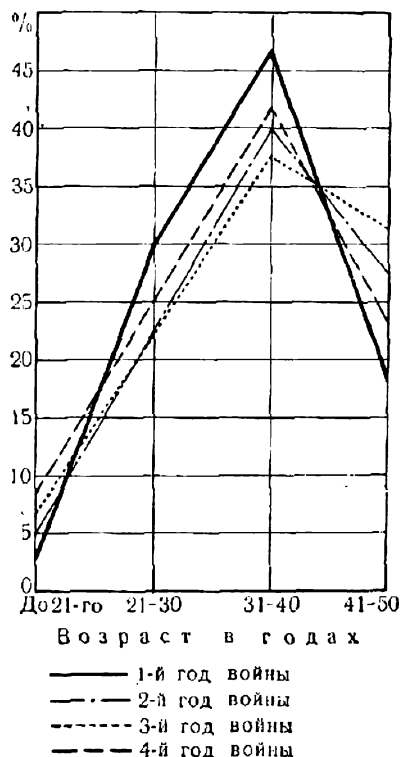


Рис. 7. Возрастной состав больных хроническим гастритом по годам войны (в процентах).

ления в возрасте от 18 до 50 лет принято за 100). Как видно из рисунка, наибольшее количество заболеваний среди гражданских больных приходилось на возраст от 21 года до 30 лет, а среди военнотружущих — на возраст от 31 года до 40 лет, что подтверждается также данными различных авторов. В остальном распределение по возрастным группам почти совпадает.

Возрастной состав больных острым гастритом довольно резко отличался от возрастного состава больных хроническим гастритом. Так, в возрасте до 21 года процент больных острым гастритом составил 19,5 по отношению ко всем больным, а хроническим гастритом — только 5,7. В возрасте от 21 года до 30 лет — соответственно 33,2 и 24,9. Наименьший процент приходился на возраст от 41 года до 50 лет — 2,6 против 26,4 больных хроническим гастритом.

Из рис. 7 видно, что в течение войны соотношение тех или иных возрастных групп мало изменилось. Максимум заболеваний все время приходился на возраст 31—40 лет.

Таким образом, заболевание хроническим гастритом наиболее часто встречалось в возрасте от 31 года до 40 лет, реже всего — в возрасте до 21 года. Среднее положение занимали возрастные группы от 21 года до 30 лет и от 41 года до 50 лет.

Приведенные соотношения в основном сохранялись на протяжении всех 4 лет войны.

Острый гастрит значительно чаще встречался в возрасте от 21 года до 30 лет.

Различие в распределении заболеваний гастритом по возрастным группам среди военнослужащих во время Великой Отечественной войны и гражданского населения в предвоенный период заключалось в том, что у военнослужащих максимум заболеваний наблюдался в относительно более пожилых возрастных группах (от 31 года до 40 лет).

При изучении распределения больных гастритом по роду войсковых частей можно отметить, что больше всего больных поступало из стрелковых частей. Второе место занимали военнослужащие нестроевых частей (дорожностроительные батальоны и другие нестроевые части и учреждения).

Сравнительно высокий процент больных гастритом среди личного состава нестроевых частей зависел, вероятно, от того, что в личном составе нестроевых частей были лица более пожилого возраста и там чаще встречались больные с различными компенсированными хроническими заболеваниями, ограничивающими строевую службу, но не препятствующими службе в этих частях.

В течение войны наблюдалось более или менее равномерное относительное увеличение числа больных гастритом во всех родах войск. Это свидетельствует об отсутствии каких-либо специфических вредностей, которые могли бы обусловить большую заболеваемость гастритом среди личного состава того или другого рода войск.

Что касается распределения больных гастритом по категории личного состава в отдельные годы войны, то на офицерский, сержантский и рядовой состав приходились более или менее постоянные цифры с весьма небольшими колебаниями по годам войны и с небольшими отклонениями от средних данных за весь период войны.

Госпитализация больных гастритом происходила сравнительно равномерно, но в конце весны, осенью и в начале зимы отмечались довольно отчетливые сезонные повышения. Здесь, видимо, оказывал влияние целый комплекс факторов, среди которых известную роль можно приписать метеорологическим влияниям (охлаждению) и особым условиям питания в военно-полевой обстановке в осенне-зимний период (не всегда регулярное получение горячей пищи, питание всухомятку, особенно при стремительном наступлении).

Довольно отчетливо выявляются сезонные колебания при анализе поступления больных острым гастритом по месяцам войны.

Максимальное поступление больных острым гастритом приходилось на август, т. е. на тот период, когда имелись наиболее благоприятные условия для развития пищевых интоксикаций и острых гастроэнтеритов. Вероятно, с ростом последних связано и большее поступление больных в сентябре и октябре.

Влияние сезонных факторов на возникновение острого и обострение хронического гастрита весьма отчетливо выявляется при сопоставлении кривых поступления больных острым и хроническим гастритом за весь период Великой Отечественной войны (рис. 8).

Как видно из рис. 8, максимальное увеличение числа больных острым гастритом отмечено в августе, максимальное поступление больных хроническим гастритом — в ноябре и декабре. Приведенные данные говорят о том, что в увеличении поступления больных острым гастритом в летние

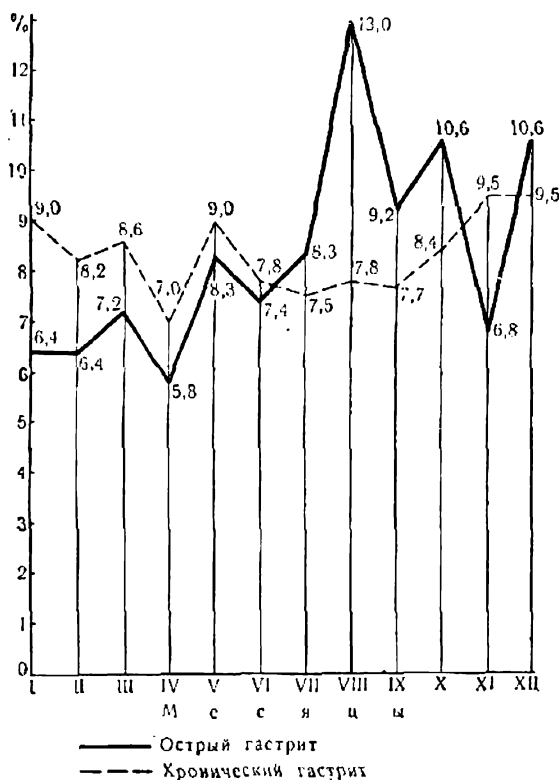


Рис. 8. Поступление больных острым и хроническим гастритом по месяцам за все годы войны (в процентах).

5,6% больных гастритом (поступление в течение года принято за 100), в то время как в эти же месяцы в 1943 г. поступило 8,4 и 7,8%, в 1944 г. — 9,2 и 8,8%; в апреле же 1942 г. и 1943 г. поступление было почти одинаковым (8,6 и 8,4%).

Опыт Великой Отечественной войны показал, что во время активных боевых действий и особенно наступательных операций обращаемость больных с различными хроническими заболеваниями резко уменьшается. Это в полной мере относится и к больным хроническим гастритом. Уменьшение обращаемости за медицинской помощью этих больных в условиях активных боевых операций было связано с высоким политико-моральным состоянием наших войск, с патриотическим подъемом, с наступательным порывом.

месяцы, помимо влияния алиментарных факторов, играющих известную роль в возникновении или обострении всех форм гастритов, известное значение имели инфекционнотоксические заболевания желудочно-кишечного тракта, чаще наблюдавшиеся в эти месяцы.

Большое влияние на возникновение, обострение заболеваний и обращаемость больных, несомненно, оказывала оперативно-тактическая обстановка и связанное с ней нервно-психическое и физическое напряжение.

Поступление больных гастритом по месяцам и годам войны представлено на рис. 9. Из рисунка видно, что при сохранении общей тенденции к росту больных гастритом в осенне-зимние месяцы оперативно-тактическая обстановка, несомненно, оказывала свое влияние на поступление этих больных по месяцам и годам войны. Так, например, в феврале 1942 г. поступило 4,8%, а в марте —

Это можно иллюстрировать на примере одной наступательной операции Н-ского соединения в январе — марте 1945 г. В период обороны за 44 дня (с 1 декабря 1944 г. по 13 января 1945 г.) поступило в шесть раз больше больных гастритом, чем в последующем за 44 дня наступательной операции, причем войска находились примерно в одних и тех же климатических условиях (зимний период).

По данным ТШПГ того же соединения, в ноябре 1942 г. в период обороны больные гастритом составляли 25,0% всех терапевтических больных, а в ноябре 1944 г. в период наступательной операции — 13,0%, в то время как в декабре 1942 г. и в 1944 г. во время обороны процент больных гастритами был почти одинаковым — 25,0 и 23,0.

Таким образом, оперативнотактическая обстановка, несомненно, влияет на госпитализацию больных гастритом. Рост поступления этих больных обычно наблюдался в конце активных боевых операций и после них, а также в период обороны¹.

Увеличение поступления больных гастритом в эти периоды, помимо роста обращаемости, было связано также с активным выявлением больных, нуждавшихся в лечении, путем медицинских осмотров и опроса личного состава.

Во время длительной обороны в резервных частях действующей армии интенсивно проводились мероприятия по оздоровлению личного состава. В это же время увеличивалась госпитализация больных с различными хроническими заболеваниями. В зависимости от тяжести процесса и сроков лечения, больные направлялись на ПМП, в МСБ (команда выздоравливающих), в батальоны выздоравливающих, в терапевтическое отделение АГЛР и т. д.

Влияние военно-полевой обстановки может быть обнаружено также путем изучения поступления больных гастритом по месяцам в лечебные учреждения войскового, армейского, фронтового и тылового района. Совершенно очевидно, что наиболее отчетливо оно будет сказываться в войсковом и армейском районе и в значительно меньшей степени — во фронтовом и особенно в тыловом районе. Это касается как сезонных метеорологических влияний и алиментарных факторов, так и первично-психических воздействий и физического напряжения.

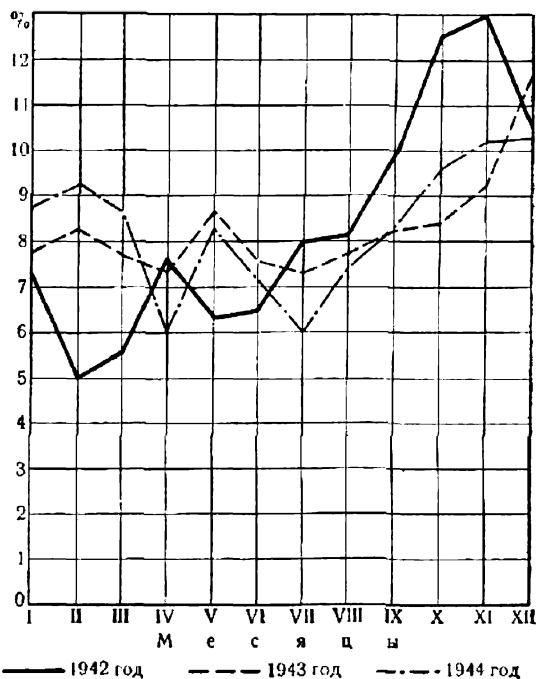


Рис. 9. Поступление больных гастритом по месяцам и годам войны (в процентах).

¹ Подробный анализ поступления больных гастритом и язвенной болезнью, в зависимости от боевой обстановки, представлен в разделе «Язвенная болезнь».

На рис. 10 представлено распределение в процентах больных гастритом по месяцам за весь период войны в зависимости от района поступления (первого этапа госпитализации). Из рисунка видно, что наиболее отчетливо сезонные влияния сказывались в войсковом районе (максимальное поступление больных приходилось на ноябрь, декабрь и январь). Кривая поступления больных в армейском районе почти повторяет кривую войскового района. Менее отчетливы сезонные колебания во фронтовом районе. В тыловом районе каких-либо закономерностей установить не удалось.

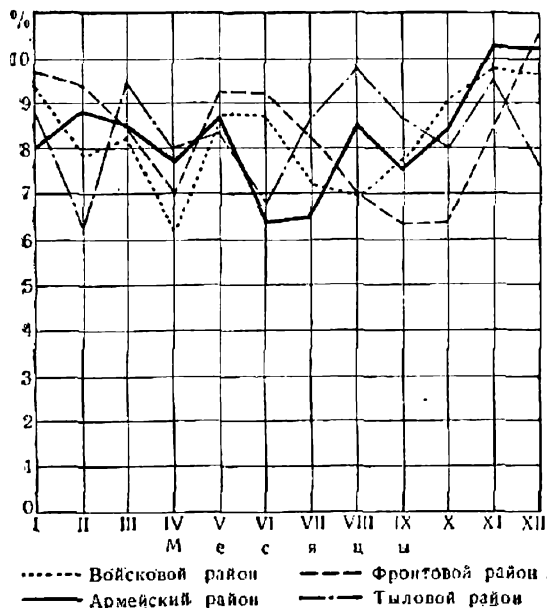


Рис. 10. Распределение больных гастритом по месяцам за весь период войны в зависимости от района поступления (в процентах).



Рис. 11. Процент клинических форм гастритов в войсковом и армейском районе.

Для выяснения влияния полевой обстановки на возникновение, обострение и рецидивы различных клинических форм гастритов рассмотрим поступление этих больных на первый этап эвакуации отдельно в войсковом и армейском районе.

На рис. 11 представлена частота различных клинических форм гастритов в войсковом и армейском районе по данным госпитализации (первый этап) суммарно за весь период Великой Отечественной войны.

При рассмотрении рисунка обращает на себя внимание одинаковый процент больных острым гастритом в войсковом и армейском районе, составивший за весь период войны 4,3 всех поступлений. Почти полностью совпадает процент больных и с хроническим гастритом: в войсковом районе — 65,2, в армейском — 64,7. Аналогичные данные получены в отношении больных хроническим гастритом с перигастритом и перидуоденитом, больных гастродуоденитом и пилородуоденитом и хроническим гастритом при наличии других заболеваний.

Соотношение больных с различными клиническими формами гастритов в войсковом и армейском районе по годам Великой Отечественной войны также изменялось одинаково. Например, процент больных острым гастритом в войсковом и армейском районе равномерно и почти одинаково снижался. Различия относятся только к последнему полугодию войны, когда в армейском районе несколько возрос процент больных острым гастритом (до 6,4).

Незначительные различия наблюдались и в отношении процента больных с обострением хронического гастрита. В 1941, 1944 и 1945 гг. процент больных хроническим гастритом, сочетавшимся с другими заболеваниями внутренних органов, был немного выше в армейском районе. Возможно, это связано с тем, что в лечебные учреждения армейского района поступали больные также из нестроевых частей; у таких больных чаще встречалось сочетание гастрита с иными заболеваниями внутренних органов.

Различия касались только больных с гастро- и пилородуоденитами. Эти больные в 1941 и 1942 гг. не поступали на первый этап эвакуации в армейском районе. В войсковом районе процент их составлял 5,5 в первом полугодии войны и 0,7 — на втором году войны. В отношении этих заболеваний, в патогенезе которых известную роль играют нервно-вегетативные нарушения, сказались различия условий войскового и армейского района. В 1943, 1944 и 1945 гг. каких-либо различий в отношении этих больных в армейском и войсковом районе не отмечено.

Ввиду отсутствия отчетливых различий в соотношении отдельных клинических форм гастритов между войсковым и армейским районом, можно предположить, что факторы, обуславливающие частоту их возникновения, обострения и рецидивов в этих районах, являлись почти идентичными.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГАСТРИТОВ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА

До сих пор в вопросах этиологии и патогенеза гастритов имеется еще много неясного. В задачу настоящей главы не входит изложение различных теорий и взглядов, высказываемых по этому поводу. Будет лишь приведен итог изучения фактического материала, отраженного в историях болезни и медицинских отчетах периода Великой Отечественной войны. На основе этого материала представляется возможным оценить значение отдельных этиологических факторов и наметить основные моменты патогенеза гастритов.

Следует указать, что военных врачей всегда интересовали вопросы этиологии и патогенеза гастритов. Еще большего внимания заслуживают они во время войны, когда бытовые условия ухудшаются и неблагоприятные влияния, вызывающие появление гастрита, действуют сильнее и длительнее. Само собой понятно, что выявить непосредственную причину возникновения гастрита удастся лишь в части случаев. Тем не менее изучение материалов Великой Отечественной войны дает возможность уяснить, какие этиологические и патогенетические факторы во время войны оказывали влияние, какие из них действовали чаще, какие реже.

Разработанные материалы, согласно анамнестическим данным, были разбиты на две группы: 1) заболевшие до войны и 2) считавшие себя заболевшими во время войны. Статистическая обработка показала, что заболевших до войны было 50,5%, заболевших во время войны — 49,5%. Последняя цифра, очевидно, завышена, так как у части больных, считавших себя до войны здоровыми, мог быть скрытый гастрит, выявившийся под влиянием неблагоприятных моментов боевой обстановки.

Среди этиологических факторов гастрита существенное значение во время войны имели нарушения питания, касавшиеся как качества пищи, регулярности ее приемов, так и количества. Здесь следует отметить перегулярное получение горячей пищи, еду всухомятку и питание грубыми, иногда трудно перевариваемыми продуктами. В особо неблагоприятных условиях — в тылу противника, в разведке, в блокированных опорных узлах и пунктах, в окружении и т. п. — имели место случаи употребления холодной пищи, недоброкачественных продуктов или продуктов, не прошедших должной кулинарной обработки. Имело значение также качество хлеба. Так, отмечены случаи возникновения гастрита после употребления мерзлого хлеба.

Нерегулярное питание в действующих частях могло быть обусловлено характером боевых операций, оторванностью от баз снабжения, особенно при стремительном наступлении, а также затруднениями в подвозе продуктов.

При нерегулярных приемах пищи, с большими перерывами, возникает чувство голода и начинается выделение желудочного сока. Как показывают эксперименты на животных, усиленное выделение желудочного сока в пустом желудке при голодании тканей может вызвать в нем воспалительные и язвенные изменения. Однако нет достаточных оснований распространять результаты этих наблюдений на человека. Опыт говорит, что недоедание и редкая еда сами по себе не вызывают гастрита. Повидимому, гораздо большее значение имеет то, что проголодавшийся, стремясь к быстрому насыщению, переполняет желудок избыточным количеством пищи, притом нередко холодной, трудно перевариваемой — «грубой» или недостаточно проваренной.

Переполнение желудка трудно перевариваемой пищей, естественно, может вызвать гастрит. Однако следует учесть, что переполнение желудка вполне доброкачественной, даже легко перевариваемой пищей также может вести к гастриту. Предполагают, что в этих случаях пищеварительная способность желудка оказывается недостаточной для обработки всей пищевой массы, часть ее застаивается в желудке, и образовавшиеся продукты разложения вызывают гастрит (Р. А. Лурия).

Среди этиологических факторов гастрита недостаточное разжевывание пищи имеет также определенное значение. С точки зрения конечного эффекта можно провести некоторую аналогию между длительным употреблением «грубой» пищи и недостаточным жеванием. Как в том, так и в другом случае в желудок поступает твердая, мало измельченная, мало размягченная масса, трудно и медленно переваривающаяся и потому раздражающая стенки желудка не только механически, но и химически.

Гораздо меньшую роль по сравнению с нарушениями питания и жевания играют инфекции, интоксикации и боевая травма.

Среди инфекций, вызывавших развитие гастрита, наибольшее значение имела дизентерия. Отмечены также случаи, в которых появление гастрита связано с брюшным тифом, малярией, сыпным тифом, тулярией. Более вероятно, что под влиянием указанных инфекций выявлялся ранее существовавший, скрытый гастрит.

Изученный материал не дает оснований говорить о влиянии ротовой инфекции (зубов, десен, миндалин). Трудно судить, насколько правильны высказываемые некоторыми авторами предположения, что у лиц с пониженной кислотностью продукты жизнедеятельности микробов не обезвреживаются и вызывают раздражение слизистой желудка, и насколько обоснован взгляд о гематогенном влиянии токсинов, поступающих из инфекционных очагов полости рта. Следует упомянуть еще о раздражающем действии алкоголя на слизистую желудка.

Алкоголь до определенной концентрации повышает желудочную секрецию; в более высокой концентрации он понижает секрецию и увеличивает отделение слизи. Большие дозы алкоголя тормозят опорожнение желудка. Крепкие растворы алкоголя вызывают раздражение слизистой оболочки желудка. Кроме того, алкоголь, всосавшийся в кровь, может длительное время (до суток) выделяться слизистой оболочкой желудка, таким образом вторично действуя на нее.

Изучение связи гастрита с боевой травмой стало возможным только во время войны. Опыт Великой Отечественной войны подтверждает некоторую роль контузий и ранений в возникновении гастрита (см. главу «Гастрит у раненых и контуженных»).

К числу этиологических факторов гастрита следует отнести также нервно-психическое напряжение и алиментарную дистрофию. Война дает ряд примеров, показывающих возможность возникновения в результате нервно-психического напряжения функциональных расстройств желудка (моторно-секреторных), способствующих развитию гастрита. Это подтверждается работами советских физиологов, выяснивших роль нервной системы в патологии внутренних органов. Сдвиги в нервной системе ведут к нарушениям функций желудка, а стойкие нарушения функций у лиц предрасположенных вызывают те морфологические изменения, которые и представляют собой собственно гастрит. В некоторых случаях допустимо предположение, что заболевание может быть обусловлено только снижением порога чувствительности. В этих случаях гастрит существовал в скрытой форме и лишь после изменений в нервной сфере и снижения порога чувствительности он выявился как определенная нозологическая форма.

Связь гастрита с алиментарной дистрофией наблюдалась у бойцов, находившихся в окружении, блокаде или живших до вступления в ряды Советской Армии на оккупированной неприятелем территории. Некоторые из бывших в окружении голодали или питались мясом павших животных, сырыми грибами, ягодами, гнилыми овощами, травой, измельченной корой деревьев и другими суррогатами.

В зоне оккупации, где население недоедало и питалось суррогатами, были широко распространены заболевания желудочно-кишечного тракта. Таким образом, последующее развитие гастрита в этих случаях зависело от влияния алиментарной дистрофии, потребления трудноперевариваемых продуктов и кишечной инфекции, главным образом дизентерии.

Последнее место в ряду вредностей, вызывающих развитие гастрита, занимали физическое перенапряжение, бытовая травма, охлаждение и чрезмерное курение.

В некоторых случаях наблюдалось выявление гастрита даже после однократного сильного перенапряжения, например, подъема тяжести. Случаи бытовой травмы относились к ушибам живота и грудной клетки. В подобных случаях заболевание могло обуславливаться как непосредственной травмой желудка, так и растяжениями, мелкими разрывами связок и кровоизлияниями в толще стенок желудка. Появление признаков гастрита после охлаждения наблюдалось редко и имело место лишь при длительном воздействии холода. Никотин, как известно, действует в первую очередь на ганглии вегетативной нервной системы, на головной, продолговатый и спинной мозг, на мышечные элементы сосудов. В то же время под влиянием никотина повышается желудочная секреция и тонус мускулатуры желудка. Поэтому чрезмерному курению, имевшему иногда место в боевой обстановке, не без оснований придавалось значение в этиологии гастрита.

В каждом отдельном случае трудно, конечно, определить влияние того или иного этиологического фактора. Указанные выше вредности были выявлены на основе разработки историй болезни, содержащих соответствующие данные анамнеза больных или заключения врачей. Однако если не считать лабораторных экспериментов над животными,

то как в мирное, так и в военное время основным методом изучения этиологии гастрита остается анамнез и врачебное наблюдение.

Нередко хронический гастрит представляет собой не основное заболевание, а сопутствует другим заболеваниям внутренних органов. Возникновение гастрита в первую очередь связано с болезнями кишечника (энтериты, колиты) и болезнями печени и желчных путей (гепатиты, холециститы, холангиты и др.). В меньшей мере удается проследить причинную связь между гельминтозами и гастритом. Не вызывает сомнений возможность появления гастрита у сердечных больных с недостаточностью кровообращения и застоем в системе вен желудка, а также у лиц, страдающих эмфиземой легких, распространенным пневмосклерозом или обширными плевральными спайками.

Чем глубже производится анализ субъективных, объективных, в том числе лабораторных, данных и чем внимательнее изучается патогенез гастрита у больного, тем чаще удается установить, что гастрит является «второй болезнью».

В период Великой Отечественной войны диагноз гастрита как осложнения ставился редко; в подавляющем большинстве историй болезни гастрит представлен как основное заболевание. Однако можно с уверенностью утверждать, что в части случаев при углубленном изучении картины болезни удалось бы выявить другое основное заболевание, где гастрит являлся лишь осложнением.

Среди большого количества изученных больных имеются такие, которые повторно обращались к врачам, повторно обследовались, повторно госпитализировались, причем каждый раз ставился диагноз гастрита, а в заключение выявлялась язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Существуют два основных объяснения этого факта: первое — язва имела с самого начала болезни, но не была выявлена из-за недостаточной техники рентгенологического обследования; второе — вначале был только гастрит и лишь позднее образовалась язва; в последнем случае речь идет об особой форме гастрита, патогенетически связанной с язвенной болезнью. Кстати следует отметить, что наблюдались больные (повторно госпитализированные), у которых задолго до образования язвы определялся своеобразный отек и деформация складок слизистой, заставлявшие рентгенолога вначале ставить диагноз гастрита.

Опыт работы как в мирное, так особенно в военное время выдвигает вопрос о наличии гастрита, патогенетически связанного с язвенной болезнью, в одних случаях предшествующего образованию язвы (предязвенного), в других — являющегося выражением очередного обострения язвенной болезни. Необходимо учесть, что подобные больные проходили лечебно-эвакуационные этапы с диагнозом гастрита, а не язвенной болезни и в статистических отчетах шли в рубрике, соответствующей гастритам.

Большинство клиницистов не согласно с мнением о развитии всякой язвы из гастрита; в то же время многие считают, что гастрит обнаруживается совместно с язвой и что некоторые симптомы язвенной болезни обусловлены не язвой, а язвенным гастритом (или, точнее, преимущественно язвенным гастритом), который и без язвы может дать клиническую картину язвенной болезни. Многие авторы признают, что антральный гастрит и пилородуоденит близко стоят к язвенной болезни или являются ее выражением, что существует «язвенная болезнь без язвы», т. е. без дефекта ткани. Однако в подобных случаях большинство врачей воздер-

живается от недостаточно доказуемого диагноза язвенной болезни и ставит диагноз гастрита, особенно при обнаружении не очагового, а диффузного гастрита.

Известно, кроме того, что при этих формах гастрита нередко наблюдается кровотечение, определяемое не только химическим или микроскопическим путем. В отдельных случаях имели место и обильные желудочные кровотечения, хотя тщательное исследование больных не обнаруживало язвы. Не всегда также такое кровотечение у больного гастритом можно объяснить наличием геморрагического диатеза или гиповитаминоза С. Все это заставляет выделить клиническую форму антрального гастрита и пилородуоденита.

Одни авторы считают «эрозивный», «болевой» гастрит проявлением язвенной болезни, другие трактуют его как особый вид хронического гастрита, никогда не переходящего в типичную язву.

Судить о распространении этой формы гастрита не легко. Можно указать, что среди лиц, болевших до войны, 13,2% лечились от язвенной болезни, 18,3% — от гастрита и 68,5% — от «болезни желудка»; среди последней группы, несомненно, имелись лица, страдавшие язвенной болезнью. Согласно данным историй болезни, в которых имелись сведения о прежних госпитализациях в период Великой Отечественной войны, по поводу гастрита госпитализация была проведена в 88,5% и по поводу язвенной болезни — в 11,5%. По данным одного из эвакуационных госпиталей Ленинградского фронта, язвенный гастрит составлял в 1943—1944 гг. около 20,0% всех случаев гастрита. Можно предполагать, что характерное для военного времени учащение рецидивов язвенной болезни сопровождается учащением этой формы гастрита.

Заканчивая обсуждение вопроса о патогенезе гастритов, следует отметить, что во время войны редко наблюдались случаи аллергического гастрита. Будучи печастым в мирное время, он встречался еще реже в военное время. Это можно объяснить изменениями общей реактивности, которые в более демонстративной форме выявились в уменьшении заболеваемости аллергическими болезнями, как острый ревматизм, крупозная пневмония и др.

Разработка историй болезни показывает, что этиологическими факторами гастрита в период Великой Отечественной войны, действовавшими по преимуществу в сочетании, являлись: 1) нарушения питания как в отношении регулярного приема и качества, так и в отношении количества пищи, 2) недостаточное пережевывание пищи, 3) инфекции, 4) интоксикации, 5) боевая травма, 6) нервно-психическое напряжение, 7) алиментарная дистрофия, 8) физическое напряжение, 9) бытовая травма, 10) охлаждение, 11) чрезмерное курение.

Во время войны особенно отчетливо выявилось значение в патогенезе гастритов индивидуальных особенностей организма (ибо при почти одинаковых условиях быта и питания и при относительно одинаковом влиянии вредных факторов заболевали лишь немногие), кроме того, большую, чем в мирное время, остроту приобрел вопрос о патогенетической связи язвенной болезни и гастрита.

ОСТРЫЕ ГАСТРИТЫ

В предыдущей главе мы касались этиологических факторов гастрита, имевших место во время Великой Отечественной войны. Отдельно разобранные данные острых гастритов показывают, что в случаях, диагностированных как острый гастрит, можно говорить о двух основных вызывавших его причинах — алиментарной и токсической. У отдельных больных возникновение острого гастрита было связано с иными факторами, например, с контузией и т. п.

Изучение клинического течения острого гастрита в действующей армии показывает, что первое место по частоте среди всех симптомов занимала боль, отмеченная у 95,6% всех больных; отсутствие болей указано лишь у 0,5%; у 3,9% нет данных о болях. Если предположить, что у последних также не было болей, то отсутствие болей имело место только в 4,4%.

Характер болей в большинстве историй болезни не уточнен; при анализе случаев с подробным описанием симптомов выясняется, что острые и тупые боли встречались одинаково часто.

Больше чем в половине случаев боли были ограниченными и локализовались в подложечной области (58,9%), несколько менее часто они были разлитыми и отмечались в верхней половине живота (21,2%) или в других отделах его (14,1%), изредка (5,8%) ощущались по всему животу.

На фоне значительной частоты болей (более интенсивных, чем в мирное время) заметно реже встречались диспептические симптомы; рвота отмечена у 56,3% больных, тошнота — у 38,2%, отрыжка — у 30,6%, изжога — у 23,3% больных. На основании приведенных цифр можно заключить, что диспептические симптомы по частоте уступали болям; это следует рассматривать также как отличительный признак острого гастрита военного времени: при остром гастрите мирного времени диспептические симптомы обычно выражены сильнее.

Состояние питания больных острым гастритом было лучше, чем больных хроническими гастритами (табл. 4); это становится понятным, если учесть, что при хроническом гастрите имеется гораздо больше оснований для упадка питания.

Обложенный язык отмечен у $\frac{2}{3}$ больных, чистый — у $\frac{1}{3}$. В большинстве случаев (87,4%) живот оставался мягким, в 9,3% брюшные стенки были напряжены и в 3,3% — слегка напряжены.

Болезненность при ощупывании определялась у большинства больных в подложечной области (56,3%), у 8,1% — в верхней половине живота, у 17,8% — в других областях живота, у 3,8% — по всему животу. Незначительная по интенсивности болезненность наблюдалась в два раза чаще, чем значительная. В 14,1% болезненности при ощупывании живота не было.

Нормальный стул отмечен у 67,9% больных, кашицеобразный — у 2,1%, жидкий — у 20,0%, наклонность к запорам — у 4,7% и запоры — у 5,3% больных. У части больных понос держался несколько дней и даже недель, что заставляет думать о наличии поражения не только желудка, но и кишечника.

Таблица 4

Распределение больных гастритом по состоянию питания (в процентах)

Форма гастрита	Оценка питания		
	хорошее	удовлетворительное	пониженное
Острый	8,9	68,9	22,2
Хронический	4,8	57,9	37,3

Повышенная температура наблюдалась у 5,4% больных; обычно она находилась в пределах 37—38°, изредка поднимаясь до 39°, и в среднем держалась 2—3 дня.

Количество лейкоцитов было равно 8 000—10 000, но в отдельных случаях оно достигало более высоких цифр — 17 000—18 000.

В качестве примера приводится следующая история болезни.

Оц-ов Н. В., 1925 г. рождения, заболел остро 30/VIII 1943 г. Температура повысилась до 38,2°, появились резкие боли в подложечной области, тошнота, рвота, понос. До заболевания питание было регулярным, но грубым: ел ржаную кашу, пил сырую воду.

С БМП был направлен на ПМП, оттуда в МСБ, где отмечен кашицеобразный стул с примесью слизи; температура нормальная. После трех дней пребывания в МСБ больной был направлен в инфекционный госпиталь. Здесь отмечен густо обложенный язык, напряженный живот, болезненный при пальпации в подложечной области. В госпитале состояние больного быстро улучшилось, стул стал нормальным. Боли в животе, тошнота и рвота держались несколько дней, затем прекратились.

Исследование крови на 5-й день болезни (при нормальной температуре) показало: Hb 75%, эр. 4 140 000, л. 18 200, э. 2%, ю. 1%, п. 20%, с. 53%, лимф. 21%, мон. 3%; РОЭ 13 мм в час. На 12-й день болезни лейкоцитов было 13 400.

Посев кала на дизентерийную группу дал отрицательный результат. Анализ мочи — без отклонений от нормы. Кислотность желудочного содержимого 32/8. Из инфекционного госпиталя больной был переведен в эвакуогоспиталь в связи с вновь возникшими и продолжающимися жалобами, подозрительными на язвенную болезнь. Исследование желудочного содержимого показало повышенную кислотность — 88/78. Рентгеноскопия желудка не производилась. Из эвакуогоспиталя больной был выписан в часть. Общий срок госпитализации 25 дней.

Исследование желудочного содержимого было произведено у 34,0% больных острым гастритом. Следует отметить, что трактовка данных исследования затруднительна; правильнее воздержаться от оценки желудочной секреции по результатам анализа, произведенного в остром периоде болезни.

Повышенное количество слизи имелось в $\frac{1}{4}$ случаев. У некоторых больных производилось микроскопическое исследование желудочного содержимого, обнаруживавшее значительное количество лейкоцитов.

Изменения со стороны легких отмечены у 10,1% больных, со стороны сердца — у 9,2%, сочетание тех и других — у 8,9%. У 3,1% больных имелись указания на изменения печени: увеличение ее, болезненность. В небольшом числе случаев были найдены изменения со стороны почек.

Особого внимания заслуживают вопросы госпитализации, места и сроков лечения и распознавания острого гастрита.

При оценке этих данных, так же как и клинического течения, следует учесть, что больные с наиболее легкими формами гастрита не госпитализировались и получали более или менее кратковременный курс лечения при части, иногда продолжая выполнять при этом свои обязанности.

По району поступления на лечение госпитализированные больные распределялись следующим образом (в процентах к итогу): войсковой — 34,2, армейский — 23,8, фронтовой — 20,2, тыловой — 21,8. Из представленных данных видно, что процент госпитализированных в армейском, фронтовом и тыловом районе был почти одинаковым; в войсковом районе он был несколько выше.

Если сопоставить число больных, прошедших через определенный этап, с общим количеством больных, то мы увидим, что через МСБ прошло 25,2% больных, через ТППГ — 13,2%, через прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии — 34,5%, через лечебно-эвакуационные учреждения фронта — 22,5%; через лечебно-эвакуационные учреждения тыла — 20,9%.

На ЦМП больные оставались не больше 3 дней, в МСБ большинство больных находилось до 3 дней, меньшая часть — 4—7 дней и больше. В ТППГ сроки пребывания были различны, но не превышали 20 дней; в прочих лечебно-эвакуационных учреждениях длительность пребывания больных была различной.

По длительности лечения больные распределялись следующим образом: до 5 дней — 35,3% больных, 6—10 дней — 27,0%, 11—20 дней — 20,1%, 21—30 дней — 8,8%, свыше 30 дней — 8,8%. Наименьший срок госпитализации равнялся двум дням, наибольший — 65 дням. Средняя продолжительность лечения больных острым гастритом составляла 12 дней. Сравнительно длительные сроки лечения некоторых больных зависели иногда от наличия сопутствующих заболеваний, упадка питания.

Из МСБ выписано 10,3% больных, ТППГ — 7,8%, прочих лечебно-эвакуационных учреждений армии — 33,3%, лечебно-эвакуационных учреждений фронта — 21,6%, лечебно-эвакуационных учреждений тыла — 18,6%, лечебно-эвакуационных учреждений внутреннего района — 2,0%, не выяснено — 6,4%.

При сравнении этих данных с данными о районе поступления, приведенными выше, видно, что госпитализация в войсковом и армейском районе составляла 58,0%, выписано в этих же районах 51,4%. Иначе говоря, выписанные из лечебных учреждений в войсковом и армейском районе составляли 88,6% к числу госпитализированных в этих районах, 11,4% были эвакуированы.

Диагноз острого гастрита в большинстве случаев не представлял затруднений. Анализ историй болезни показывает, что на первом этапе правильный диагноз был поставлен в 60,0%, а на первых двух этапах — в 92,5%. Несовпадение касалось в первую очередь диагнозов язвы желудка и острого аппендицита. В некоторых случаях ставились предварительные диагнозы острого живота, дизентерии, гепатита, гриппа, хронической малярии, свидетельствующие о том, что клиническая картина не всегда была ясной.

Как показал опыт Великой Отечественной войны, лечение больных острым гастритом в военное время по существу не отличалось от лечения

его в мирное время и было почти одинаковым в войсковом, армейском и фронтовом районе.

В большинстве случаев план лечения заключался в следующем: прежде всего производилось промывание желудка и в некоторых случаях очищался кишечник, после чего назначалось 1—2 дня голодного режима, вслед за голодными днями применялась постепенно расширявшаяся диета и, в случае надобности, соответствующее медикаментозное лечение. В тяжелых и осложненных случаях объем лечебных мероприятий увеличивался в зависимости от присоединившихся явлений.

Промывание желудка производилось в различные сроки от начала заболевания, обычно с помощью толстого зонда. В полевых условиях вызывалась искусственная рвота после обильного питья тепловатой воды; для полного эффекта такая процедура повторялась 2—3 раза.

В некоторых фронтовых госпиталях промывание желудка делалось с помощью тонкого зонда. Этот метод редко бывает достаточным, даже когда в желудке имеется только жидкое содержимое.

Один-два голодных дня проводились при соблюдении постельного режима. Длительность голодания зависела от тяжести гастрита, состояния аппетита и предшествовавшего питания; при упадке питания и при сохранившемся аппетите срок лечения голодом обычно сокращался. После голодных дней в некоторых случаях назначались 1—2 сахарных дня, а затем более расширенная диета. Обычно больным рекомендовалось обильное питье (подслащенная вода с витаминами, слабый чай и др.).

У больных, получавших различные лекарства, хороший эффект отмечался от щелочей, особенно соды, а также от белладонны или атропина. Соляная кислота иногда вызывала неприятные ощущения, особенно при больших дозах, видимо, в связи с раздражением воспаленной слизистой оболочки желудка. 17,7% больных не получали никаких медикаментов.

Для улучшения общего состояния некоторым больным назначались витамины, бромистые препараты, сердечные средства и т. п.

Профилактические мероприятия в отношении острого гастрита в военное время являлись частью системы профилактики острых желудочно-кишечных заболеваний вообще.

ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ

В связи с развитием учения о гастритах за последние 30 лет значительно полнее изучена клиника хронического гастрита. Как известно, симптоматология хронического гастрита во многом зависит от локализации процесса в желудке; диффузное поражение дна и тела дает одну картину, поражение привратника — другую. Имеет значение также характер анатомических изменений, хотя признаваемая многими ведущая роль воспалительных процессов в последнее время ставится под сомнение. Значительно отражается на клинических проявлениях гастрита состояние секреторной функции желудка, которая, однако, изменяется в зависимости от давности и периодов обострения процесса. Кроме того, на клинику хронического гастрита оказывают влияние патологические процессы в других органах пищеварения, протекающие нередко одновременно (в желчном пузыре, печени, кишечнике, поджелудочной железе). Известна также связь желудка с отдельными системами, например, кроветворным аппаратом и др. Наконец, значительное воздействие на клинические проявления гастрита оказывает кора головного мозга.

Общепризнанной классификации хронических гастритов пока нет, и применить какую-либо из существующих классификаций к материалу Великой Отечественной войны оказалось невозможным.

Для изучения клиники хронических гастритов у военнослужащих в период Великой Отечественной войны все заболевания были распределены на три группы: первая — хронические гастриты («чистые»), вторая — хронические гастриты с сопутствующими заболеваниями и третья — хронические гастриты, сочетающиеся с перигастритом или перидуоденитом, и пилородуодениты.

Изучение частоты и выраженности симптомов на материале хронических гастритов («чистых») показало, что наиболее частым симптомом являлись боли — 91,6% всех случаев. Тупые, ноющие боли отмечены в 11,7%, острые, режущие, схваткообразные — в 10,2%; иногда острые и тупые боли встречались одновременно, но в большинстве случаев характер боли не указан. Жалобы на чувство тяжести, давления, распирания отмечались сравнительно редко (в 4,1%). Локализовались боли преимущественно в подложечной области и в верхней части живота, сравнительно редко — в правом подреберье, в других областях и по всему животу. В некоторых случаях боли наблюдались в разных областях. Как правило, появление болей было связано с приемом пищи; изредка они возникали при физическом напряжении, охлаждении, волнении, а иногда появлялись без видимой причины. Боли в ранние сроки после приема

пищи обнаружены в 35,2% случаев, поздние боли (через 1½ часа и больше после еды) — в 23,5%; ночные и голодные боли отмечались редко; у 24,9% больных были жалобы на постоянные боли.

Боли при хронических гастритах являлись основной жалобой и в мирное время, о чем Р. А. Лурия говорил еще на XII съезде терапевтов, но в военное время они были более стойкими. Упорный характер болей в сочетании с другими симптомами определял длительность пребывания больных на этапах эвакуации. Постоянный характер болей, отмеченный в 24,9%, а также частота обострения их, подтвержденная данными повторной госпитализации, являлись особенностью хронического гастрита военного времени. Иногда отмечалось обострение болей в осенне-зимний период подобно язвенной болезни.

(Указанные особенности болей отмечены в работах ряда авторов Я. В. Борин, Л. Б. Берлин, П. С. Ковбас, М. В. Толчинский, Д. Б. Маршалкович.)

Из диспептических явлений при хроническом гастрите в период войны рвота отмечалась в 69,4%, отрыжка — в 67,8%, изжога — в 62,2% и тошнота — в 58,0% случаев. В большинстве случаев рвота возникала через то или иное время после приема пищи. В отдельных случаях она отличалась упорным характером; при этом иногда наблюдались явления функционального расстройства нервной системы в форме вегетативной дистонии, проявлявшейся потливостью, тахикардией, блеском глаз и т. п.

Такие случаи, сопровождавшиеся упорной рвотой, болями и упадком питания, представляли диагностические трудности и плохо поддавались терапевтическому воздействию. Больные длительное время задерживались на этапах эвакуации. У некоторых больных при преобладании нервного компонента страдания появлялась «углубленность в свою болезнь».

В мирное время, по данным Р. А. Лурия, рвота при хроническом гастрите встречалась в 41,0%.

Необходимо отметить, что в период Великой Отечественной войны встречались случаи гастрита с кровавой рвотой без рентгенологических признаков язвы. Учащение случаев желудочного кровотечения при хронических гастритах без наличия язвы в военное время наблюдал Я. В. Борин. В двух описанных им случаях отсутствие язвы было подтверждено при патологоанатомическом вскрытии.

Отрыжка, как указано было выше, занимала в жалобах больных второе место по частоте. Кислая отрыжка отмечалась в 14,2%, «тухлая» — в 21,3%; сравнительно редко имела место «горькая» отрыжка и срыгивание. Характер отрыжки не уточнен в 24,8% случаев.

Изжога наблюдалась не только при повышенной, но и при пониженной кислотности желудочного содержимого. Б. А. Житников отмечал изжогу в 51,6%, М. И. Дягель — в 46,2%. По данным И. Г. Авербуха, изжога встречалась в 40,0% при гиперацидных гастритах и в 10,0% при авацидных.

Диспептические расстройства — изжога, отрыжка, тошнота — в ряде случаев указаны в анамнезе как первые проявления хронического гастрита в военное время, но они редко служили поводом для обращения за врачебной помощью; таким поводом обычно были боли и рвота, возникшие позже.

Аппетит был нормальным в 57,5%, пониженным — в 34,7%. Изредка наблюдался повышенный и изменчивый аппетит.

Стул оказался нормальным в 53,2%; склонность к поносам и полосы отмечались в 12,9%, склонность к запорам и запоры — в 29,4%, переменный характер стула — в 4,5%.

Нормальная упитанность больных отмечена в 57,9%, пониженная — в 37,3% (из них в 4,3% резко пониженная) и хорошая — в 4,8%.

Обложенный язык встречался в 65,6%. У некоторых больных пожилого возраста отмечалось частичное отсутствие зубов.

При пальпаторном исследовании мягкий живот обнаружен в 87,7%. Сравнительно редко отмечалось напряжение мышц живота в той или другой области, а выраженное напряжение наблюдалось только в единичных случаях.

У подавляющего большинства болезненность при ощупывании соответствовала локализации болей, т. е. обнаруживалась преимущественно в подложечной области в 65,3% и в верхней половине живота — в 7,8%. Локализация болезненности в других областях наблюдалась в 19,3%, причем разлитая болезненность чаще встречалась при гастритах с недостаточной кислотностью и при гастритах, сопровождавшихся поносом.

Частота локализации болезненности в подложечной области, т. е. ограниченная болезненность, постепенно нарастала к четвертому году войны. Учащение болезненности при пальпации живота, по видимому, является особенностью хронического гастрита военного времени.

В 11,5% определялось увеличение печени, изредка ее болезненность. В 1,0% прощупывалась селезенка. В 8,1% отмечались те или другие изменения со стороны кишечника — уплотнение и болезненность сигмовидной кишки, спастически сокращенная, иногда болезненная поперечная кишка.

Со стороны дыхательной системы изредка наблюдались внешние изменения грудной клетки (бочкообразная грудь и др.). В 32,8% установлены изменения перкуторных и аускультативных данных: коробочный звук, жесткое или ослабленное дыхание, сухие рассеянные хрипы. В 29,0% обнаружены те или иные изменения сердца: расширение границ, приглушенные тоны и др.

Общезвестна связь между заболеваниями желудка и кроветворной системой. Данные клинических анализов крови показали, что в 43,4% у больных гастритами наблюдалась тенденция к анемизации, а в 11,9% обнаружена выраженная анемия гипохромного типа. По содержанию гемоглобина больные распределялись следующим образом: 81% гемоглобина и больше было у 11,0% больных, 80—71% — у 33,7% больных, 70—61% — у 43,4% больных, 60—51% — у 10,2% больных и, наконец, ниже 50% — у 1,7% больных. Эти данные охватывают 46,5% всего материала историй болезни. Количество эритроцитов было определено у 37,1% больных. 5 000 000 эритроцитов и выше отмечено у 8,3%, 4 000 000—5 000 000 — у 63,9%, 3 500 000—4 000 000 — у 20,9%, менее 3 500 000 — у 6,9% больных.

Реакция оседания эритроцитов определялась в 52,4% всех случаев. РОЭ ниже 5 мм обнаружена у 23,7%, 5—12 мм — у 48,8%, 13—24 мм — у 18,0% и выше 24 мм — у 9,5% обследованных больных.

Как видно, ускоренная РОЭ отмечена у одной четверти обследованных больных (27,5%), причем обычно она совпадала с уменьшением гемоглобина и эритроцитов, т. е. являлась отражением анемии, развившейся на почве основного и сопутствующих заболеваний.

У 14,3% больных из числа обследованных на яйца глистов были найдены яйца аскарид, у 5,6% — яйца других видов глистов. Известно, что глистная инвазия может вызывать симптомы, сходные с симптомами гастрита (поэтому случаи хронического гастрита с глистной инвазией не вошли в разрабатываемый материал «чистого» хронического гастрита).

Желудочное содержимое брали у большинства больных толстым зондом натошак и после хлебного завтрака. Несмотря на ряд недостатков, этот метод применялся в условиях полевых лечебных учреждений ввиду своей простоты. В госпиталях для исследования желудочной секреции использовался в основном тонкий зонд.

Нормальная кислотность отмечена в 27,0%, повышенная — в 42,1%, пониженная — в 11,9%, отсутствие свободной соляной кислоты — в 19,0%. Из числа больных с повышенной кислотностью почти у половины показатели были выше 100/80.

М. А. Горшков, наблюдавший снижение кислотности желудочного содержимого в годы первой мировой и гражданской войны (1916—1919), объяснял это характером питания (растительная пища); в то же время он отмечал жалобы на изжогу и кислую отрыжку при сравнительно низкой кислотности. Хотя кислотность желудочного содержимого нередко изменчива у одного и того же человека, известно, что при хроническом гастрите состоянию секреции желудка или кислотности приблизительно соответствует определенная клиническая картина. Сопоставление некоторых субъективных и объективных симптомов с характером кислотности желудочного содержимого дало следующие результаты.

Боли при гиперацидных гастритах отличались большим упорством и интенсивностью, вследствие чего больные дольше задерживались на этапах эвакуации. Предварительный диагноз «язвенная болезнь» ставился чаще при повышенной кислотности, что говорит и о более выраженном болевом симптоме. Повторная и многократная госпитализация из-за обострения болей также чаще отмечалась при гиперацидных гастритах. В большем числе случаев отмечалась в анамнезе и кровавая рвота.

При сопоставлении диспептических явлений с кислотностью желудочного содержимого выяснилось, что отрыжка наблюдалась одинаково часто как при повышенной, так и при пониженной кислотности, но характер ее был иным; «тухлая» отрыжка отмечалась при недостаточной кислотности в 41,0%, а при повышенной — в 8,7%, «кислая», наоборот, — в 25,2% при гиперацидных гастритах и в 8,7% — при анацидных. Изжога встречалась на 20,0% чаще при гиперацидных, чем при анацидных, гастритах. Тошнота и рвота наблюдались несколько чаще при гиперацидных гастритах.

Жидкий стул значительно чаще отмечался при недостаточной кислотности, запоры — при повышенной (табл. 5).

Таблица 5

Зависимость характера стула от кислотности
желудочного содержимого

Кислотность (в ‰)	С т у л	
	поносы	запоры
Повышенная	7,3	30,7
Пониженная	31,1	14,0

Пониженная упитанность отмечалась в 40,3% при недостаточной кислотности и в 30,4% при повышенной. Если при гастритах с повышенной кислотностью причиной длительного пребывания на этапах чаще являлись боли, иногда с вегетативными наслоениями, рвотой и упадком питания, то при гастритах с недостаточной кислотностью более продолжительная госпитализация объяснялась, как правило, упадком питания в связи с гастрогенными поносами. В этих случаях жалобы больных сводились к общей слабости, головокружению. Отмечалась сухость кожи, иногда сглаженность сосочков языка, анемия. Явления гиповитаминоза и анемия могли быть следствием нарушения всасывания витаминов и железа. Среди больных с указанными симптомами преобладали лица пожилого возраста, у некоторых из них отсутствовала часть зубов. Сопоставление характера кислотности с возрастом показало, что отсутствие свободной соляной кислоты наблюдалось у лиц старше 40 лет в 37,6%, повышенная кислотность — в 24,2%. По наблюдениям в военное время, у больных гастритом с недостаточной секреторией чаще отмечалось нарушение питания.

Сопоставление рентгенологических данных с кислотностью желудочного содержимого выявило следующее: утолщенные, отечные, ригидные складки отмечались при гиперацидных гастритах в 60,8%, а при анацидных — в 41,6%, уплощенные, тонкие складки обнаруживались при анацидных гастритах в 24,4%, а при гиперацидных — в 7,8%.

На протяжении войны изменялась частота отдельных признаков гастрита. Так, в первый год войны несколько чаще встречались ранние боли после еды и более разлитые, реже наблюдалась отрыжка, тошнота и рвота. В дальнейшем (второй и третий год войны) участились поздние и локализованные боли, чаще отмечалась рвота, тошнота и отрыжка. Во второй половине войны (третий и четвертый год) участились постоянные боли, чаще были жалобы на понижение аппетита. В отношении остальных признаков (изжога, уровень кислотности желудочного содержимого, стул и пр.) существенных изменений в частоте и выраженности установить не удалось.

Больные гастритом с сопутствующими заболеваниями составили 25,5% общего числа больных гастритом. В числе сопутствующих заболеваний инфекционные встретились в 5,4%, из них по преимуществу малярия, грипп, ангина; заболевания дыхательной системы — в 17,1%, среди них преобладали эмфизема легких и хронический бронхит у лиц пожилого возраста; заболевания органов кровообращения — в 10,0%, из них по преимуществу болезни мышцы сердца, также в старшей возрастной группе. Заболевания других органов пищеварения наблюдались в 17,4%, из них глистная инвазия приблизительно в половине случаев; другая половина включала случаи гепатита, цирроза печени, холецистита, спастического колита, хронического энтероколита и пр. В 3,7% случаев был поставлен сопутствующий диагноз алиментарной дистрофии I или II степени. Однако изучение этих случаев показало, что упадок питания обычно возникал вследствие гастрита с гастрогенными энтероколитами.

В группе гастритов с сопутствующими заболеваниями нервной системы, составившими 8,1%, встречались случаи радикулитов, ишиалгии и функционального расстройства нервной системы. В число «прочих» заболеваний, которые составили 35,2%, вошли хирургические заболевания, болезни глаз, уха, горла и т. д.

Разница в частоте и выраженности симптомов при гастрите с сопутствующими заболеваниями по сравнению с «чистым» хроническим гастритом проявилась лишь в отношении некоторых симптомов. Раннее появление болей после приема пищи наблюдалось немного чаще. Со стороны диспептических явлений заметной разницы отметить не удалось. Процент больных с пониженной упитанностью при гастритах с сопутствующими заболеваниями был на 11,4 выше. Пальпаторное исследование живота несколько чаще обнаруживало разлитую болезненность. Печень и селезенка оказывались увеличенными в этой группе гастритов также чаще, а именно печень прощупывалась в 18,6%, селезенка — в 2,7%. Объективные изменения со стороны кишечника (вздутие, урчание, болезненность) отмечались в 16,1%, патологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — в 49,4%, а со стороны дыхательной — в 53,1%. Белок в моче, эритроциты в осадке, лейкоциты определялись в 12,8%. При анализе желудочного содержимого отмечалась склонность к снижению кислотности (табл. 6).

Таблица 6
Распределение больных по кислотности желудочного
содержимого и по форме гастрита (в процентах)

Кислотность желудочного содержимого	Хронический гастрит («чистый»)	Гастрит с со- путствующими заболеваниями
Нормальная	27,0	26,0
Повышенная	42,1	36,6
Пониженная	11,9	11,4
Отсутствие свободной соляной кислоты . . .	19,0	26,0

Более частое отсутствие свободной соляной кислоты может быть объяснено влиянием сопутствующих заболеваний.

Клиническая картина хронических гастритов, осложненных перигастритами и перидуоденитами, и гастродуоденитов характеризовалась некоторыми особенностями. Боли у этой группы больных наблюдались в 100,0% и отличались большей интенсивностью и упорством, чаще были поздними. Локализовались они в подложечной области в 72,2%. Диспептические явления были более часты и сильнее выражены. Изжога отмечена в 74,9%, рвота — в 73,7%, отрыжка — в 69,5% и тошнота — в 68,5%. Запоры наблюдались в 39,6%, склонность к поносам — в 8,0%. Болезненность при ощупывании живота обнаружена в 94,0%, причем в 77,3% она была ограниченной в подложечной области. Кислотность желудочного содержимого была повышена в большем проценте случаев, чем при хронических гастритах. Так, нормальная кислотность отмечена в 30,8%, повышенная — в 50,3%, пониженная — в 10,1%, отсутствие свободной соляной кислоты в 8,8%.

Анализ крови показал, что высокий процент гемоглобина (от 81% и выше) наблюдался у 20,0% больных, склонность к эритроцитозу — у 17,9% (количество эритроцитов выше 5 000 000). Данные анализа крови сходны с картиной крови при язвенной болезни и до некоторой степени

указывают на патогенетическую связь перигастритов и гастродуоденитов с язвенной болезнью.

По клинической картине и течению они приближались к язвенной болезни, но отсутствие ниши при рентгенологическом исследовании давало повод врачам относить их к гастритам даже при наличии желудочного кровотечения. Примером является следующая история болезни.

В-н, 1904 г. рождения, поступил в МСБ 20/VI 1943 г. с предположительным диагнозом язвы желудка. Жалобы на схваткообразные боли в подложечной области через 40—50 минут после еды, рвоту на высоте болей. На предыдущем этапе в день поступления была кровавая рвота. Больным считает себя с 1941 г., лечился от язвенной болезни, периодически обострявшейся. Последнее обострение началось за 4 дня до поступления в МСБ. На фронте с 1942 г.

Объективно: питание несколько пониженное, бледен; язык обложен; живот напряжен и болезнен в подложечной области.

В МСБ сделано переливание крови. С 23/VI находился в ППГ, с 6/VII — в эвакуогоспитале. 29/VI гемоглобина 52%. Реакция с бензидином в кале от 30/VI отрицательная. Анализ желудочного содержимого: свободная соляная кислота 95, общая кислотность 130. До 9/VII боли, рвоты; в последующие дни — хорошее состояние, повышенный аппетит. Рентгенокопия желудка 22/VII: контуры желудка ровные, гладкие; пилорический канал подтянут вверх; луковица двенадцатиперстной кишки не изменена; смещаемость желудка ограничена, эвакуация свободная. 4/VIII больной выписан в часть с диагнозом гиперацидного гастрита.

Судя по истории болезни, можно в данном случае предполагать язвенную болезнь, однако больному был поставлен диагноз гиперацидного гастрита.

Представляет интерес сравнение частоты и выраженности тех или других симптомов при гастритах, возникших во время войны и начавшихся до войны. В характере болей и локализации их заметной разницы не было. Ранние боли отмечались чаще у заболевших во время войны — в 38,9%, у заболевших до войны — в 34,5%. Диспептические явления — отрыжка, изжога, рвота — чаще отмечались при гастритах, возникших до войны, что иллюстрируется табл. 7.

Таблица 7

Диспептические явления при гастритах

Диспептические явления	Заболевшие до войны (в %)	Заболевшие во время войны (в %)
Рвота	72,8	63,1
Отрыжка	70,8	60,4
Изжога	66,2	53,2
Тошнота	59,3	55,0

В характере аппетита той и другой группы больных существенной разницы не отмечено: несколько чаще пониженный аппетит встречался у заболевших до войны.

Пониженная упитанность среди заболевших до войны отмечена в 41,7%; среди заболевших во время войны — в 33,9%. Обложенный язык встречался у заболевших до войны несколько чаще. При пальпаторном исследовании живота установлено вздутие его в той или иной степени несколько чаще у заболевших во время войны, а втянутый живот — чаще у заболевших до войны. Разницы в напряжении мышц живота, в характере болезненности при ощупывании и локализации болезненности не отмеча-

лось. Кислотность желудочного содержимого при гастритах, возникших до войны и во время войны, заметно не различалась. Тонус желудка при рентгеноскопическом исследовании оказался пониженным у заболевших до войны в 39,1%, а у заболевших во время войны — в 27,5%, являя перистальтика наблюдалась соответственно в 18,9 и 14,9%.

Все эти данные можно объяснить большей длительностью гастрита у заболевших до войны.

Об особенностях клинических проявлений и течения хронического гастрита на том или ином фронте говорить трудно. В этом отношении можно лишь выделить Ленинградский фронт в 1941—1942 гг., т. е. в

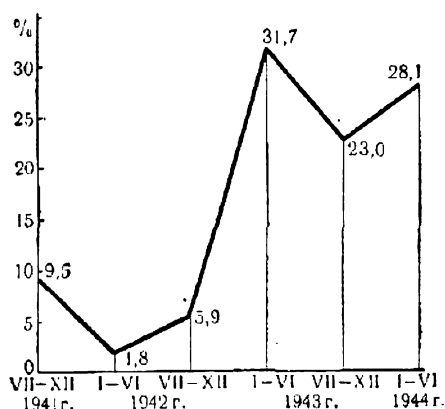


Рис. 12. Поступление больных гастритом в один из эвакуационных госпиталей Ленинградского фронта за три года войны (по полугодиям).

Часть больных гастритом после периода недоедания чувствовала длительное облегчение, продолжавшееся и после перехода на обычное питание; у части больных, однако, болезненные явления обнаружались снова и еще более усилились.

На Ленинградском фронте в 1943—1944 гг. для гастрита была характерна выраженность и стойкость болей, более частые и упорные рвоты, меньше была выражена отрыжка, тошнота и понижение аппетита; наблюдались учащение функциональных нарушений тонуса и перистальтики желудка и повышенная кровоточивость слизистой.

период чрезвычайных затруднений с питанием, возникших вследствие блокады. Наряду с увеличением заболеваемости алиментарной дистрофией, резко снизилось как относительно, так и абсолютно число обычных заболеваний внутренних органов, в том числе гастритов. Клиника их была стерта, симптомы слабо выражены.

С улучшением питания число заболеваний гастритом в течение некоторого времени еще было невелико. Постепенно они стали учащаться, заметно увеличившись в первую половину 1943 г.

Приводимая на рис. 12 кривая иллюстрирует поступление больных гастритом в один из фронтовых эвакуационных госпиталей за этот период.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТОВ

В большинстве случаев клиническая картина гастритов недостаточно характерна, чтобы на ее основе можно было с уверенностью ставить диагноз. Поэтому, естественно, прибегают к рентгенологическому методу исследования.

Первой особенностью гастритов в условиях войны является большой процент случаев гастритов, установленных рентгенологическим путем. До войны, по данным С. А. Рейнберга, лишь от одной трети до половины всех случаев гастрита выявлялось рентгенологически. В условиях войны у 78,1% больных с клиническим диагнозом гастрита путем просвечивания обнаружены изменения со стороны слизистой желудка. Повышение процента совпадений между данными клиники и рентгенологии было обусловлено в основном время более резким и стойким изменением рельефа слизистой и более частым поражением слизистой выходного отдела желудка и луковицы.

Вторая особенность гастритов в условиях войны, выявляемая рентгенологически, заключалась в более четко выраженных изменениях слизистой. Обычно обнаруживались утолщенные, отечные, грубые, неподвижные, плотные, но изменяющиеся при пальпации складки слизистой. Ход их был часто нарушен, изогнут, изломан, местами вовсе терялся при рентгеноскопии. В таких случаях обнаруживались как бы дефекты наполнения различной величины и формы, иногда занимающие краевое положение. Наблюдались преимущественно диффузные поражения желудка. Но и в случаях разлитого процесса чаще определялись поражения синуса и особенно антрального отдела. Подобного типа изменения отмечались и в луковице двенадцатиперстной кишки. При пальпации часто определялась болезненность, однако прощупать уплотненные участки стенок желудка не удавалось (рис. 13, 14 и 15).

При повторных рентгенологических осмотрах больных в основном обнаруживалась та же картина слизистой, что и при первом исследовании. Это подтверждает мнение П. Д. Тарнопольской, что при хронических гастритах, несмотря на длительное лечение, субъективное и объективное улучшение состояния больного, картина слизистой остается стойкой и почти неизменной.

Комбинированное применение сосудосуживающих и анестезирующих средств для уменьшения отека и воспаления слизистой (пирамидон, анестезин, адреналин) в выраженных случаях гастритов в условиях войны не приводит к существенным изменениям рентгенологической картины рельефа слизистой.

Разработка историй болезни периода Великой Отечественной войны показала, что при рентгенологически выявленных гастритах складки слизистой были без изменений в 3,3%, грубые, толстые, отечные наблюдались в 75,7%, тонкие и невысокие — в 9,4%, атрофированные — в 2,6% и деформированные — в 1,2%. При рентгенологически установленных гастродуоденитах вовсе не было складок обычного калибра, в 73,5% складки были утолщенными, в 6,1% — тонкими, в 2,0% — атрофированными, в 2,1% — деформированными. При перигастритах складки без изменений обнаружены в 12,5%; у остальных больных они были изменены, из них в 66,4% — утолщены.

Третьей особенностью гастритов в период войны являлся значительный процент поражений выходного отдела желудка и луковицы. Среди историй болезни, имеющих заключение рентгенолога, гастриты отмечены в 40,4%, антральные гастриты, гастродуодениты и дуодениты — в 5,0%, т. е. в $\frac{1}{9}$ случаев всех гастритов поражался выходной отдел желудка. Если учесть, что, кроме того, имелось 9,6% перигастритов, перипилоритов и перидуоденитов, то частота изменений в области выходной части желудка составит 14,6% (рис. 16).

Как известно, чем дальше процесс расположен от кардии, тем тяжелее он протекает, сопровождаясь более выраженными анатомическими изменениями и нарушениями двигательной функции желудка (тонуса, перистальтики и опорожнения). Антральные гастриты и гастродуодениты дают наибольший процент совпадений между данными клиники и рентгенологического исследования по сравнению с другими формами гастритов.

Четвертой рентгенологической особенностью гастритов в условиях войны являлась выраженность функциональных нарушений и прежде всего наличие весьма частых и длительных спастических сокращений привратника. При многократных осмотрах некоторых больных на протяжении 8, 12 и 16 часов переход бариевой взвеси из желудка в кишечник иногда вовсе не обнаруживался, а в петлях кишок определялись лишь единичные мелкие порции контрастной массы. Несмотря на столь длительные задержки опорожнения желудка, отсутствовали рентгенологические признаки, типичные для стеноза, как-то: увеличение размеров желудка, гиперсекреция, спастическая перистальтика и т. д.; не было и убедительных клинических признаков пилоростеноза.

Функциональная деятельность желудка рентгенологически определяется состоянием его тонуса, перистальтики и способностью к опорожнению. При отсутствии каких-либо органических изменений со стороны желудка изменения его тонуса, перистальтики и эвакуации имели место примерно у 25,0% больных, а при выраженных гастритах — примерно у 40,0% больных.

При гастродуоденитах тонус был изменен в 55,2%, перистальтика — в 67,6%, эвакуация — в 56,5%. Чем ближе поражение к привратнику, тем чаще оно сопровождается нарушениями функциональной деятельности желудка.

Анализ рентгенологических данных выявил определенную зависимость характера тонуса, перистальтики и эвакуации желудка от состояния его слизистой. При нормальном рельефе слизистой тонус, перистальтика и эвакуация были нормальными примерно в 75,0%, при грубых, утолщенных складках слизистой — в 60,0%, при тонких, уплощенных складках слизистой — в 50,0%.

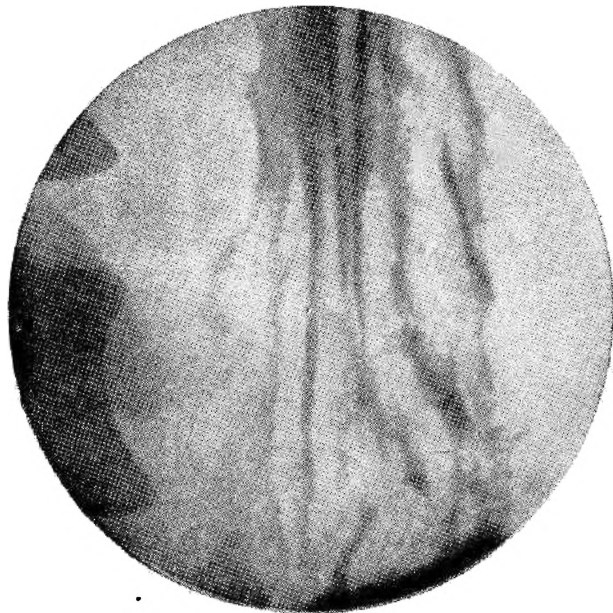


Рис. 13. Вдоль большой кривизны тела и особенно синуса желудка складки слизистой утолщены, местами деформированы. Углубления между складками выпрямлены и сужены.



Рис. 14. Рельеф слизистой «спутан», деформирован. Просвет углублений между складками неравномерен. Участок отёка слизистой близ малой кривизны тела желудка.



Рис. 15. Крупные участки отека слизистой в области тела желудка. Складки слизистой желудка не дифференцируются. Лишь местами в углублениях слизистой прослеживаются узкие полоски барьерной взвеси.



Рис. 16. Складки слизистой тела и особенно синуса желудка выпрямлены и значительно утолщены. Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки; глубокая отечность ее слизистой.

Наличие рентгенологически определяемых изменений со стороны слизистой говорит о непосредственном заболевании самого желудка, существование же функциональных нарушений еще не определяет источника изменений и может зависеть от состояния вегетативной нервной системы, от висцеро-висцеральных рефлексов и пр.

Спастические сокращения кардии, привратника, вообще сфинктеров могут быть внутри- или внежелудочного происхождения. Местные проявления спазма, а также регионарные спазмы антрального отдела желудка или луковицы, парциальные нарушения тонуса являются выражением органического поражения самого желудка. Если эти поражения в силу незначительных своих размеров не обнаруживаются при первом рентгенологическом исследовании, то они обычно выявляются при дальнейшем наблюдении больного.

При резком обострении гастрита первичное рентгенологическое исследование желудка у больного, поступившего на стационарное лечение, целесообразно производить при некотором стихании воспалительного процесса и не ранее чем через 7—8 дней после поступления больного в стационар.

Из числа больных, впервые подвергшихся рентгенологическому исследованию желудка, в ТППГ проходило исследование 9,4%, в лечебных учреждениях армии — 17,7%, фронта — 36,9%, тыла — 29,9%.

Деформации луковицы зависят не столько от спаек, сколько от измененной слизистой ее, т. е. от дуоденитов и спастических сокращений привратника и луковицы, зачастую функционального происхождения. Чем резче выражены изменения рельефа слизистой желудка, тем чаще обнаруживаются деформации луковицы. Так, при измененных гастритических складках слизистой деформация луковицы имела место в 10,7%, при резко измененном и деформированном рельефе слизистой желудка — в 27,3%, т. е. в $2\frac{1}{2}$ раза чаще. С одной стороны, спайки и сращения образуются в результате лимфангоита, сопровождающего воспалительные процессы слизистой желудка и луковицы; с другой стороны, как отмечают М. М. Губергриц и Е. И. Чайка, спайки и сращения, обусловленные существовавшим патологическим процессом в желчном пузыре, червеобразном отростке и слепой кишке, влияя на моторную функцию луковицы и вызывая в ней задержку содержимого, являются причиной последующего возникновения дуоденита. Таким образом, перигастриты, перипилориты и перидуодениты могут наблюдаться и нередко действительно обнаруживаются у больных хроническим гастритом.

Рентгенологическое заключение в отношении хронических гастритов является основой для решения военно-врачебных комиссий. Оно важно не только для установления заболевания, но и для оценки состояния слизистой оболочки и функциональной деятельности желудка. В понятие окончательного диагноза входит не только определение заболевания, но, что является более важным, и качественная оценка состояния больного.

Трудности правильной оценки рельефа слизистой, с одной стороны, и значение рентгенологического исследования для определения годности к военной службе больных хроническим гастритом — с другой, говорят о необходимости проведения рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта лишь в специально выделенных для этой цели лечебных учреждениях, технически хорошо оснащенных и обеспеченных квалифицированными врачебными кадрами.

Заключение

Гастриты во время Великой Отечественной войны рентгенологически характеризовались большой частотой изменений слизистой, резким и стойким изменением ее рельефа, частым поражением слизистой выходного отдела желудка и луковицы и наличием выраженных функциональных нарушений со стороны желудка.

В 82,4% рентгенологически обследованных случаев гастрита обнаружены изменения слизистой желудка; в 26,5%, т. е. более чем у $\frac{1}{4}$ всех больных гастритом с рентгенологически выявленными органическими изменениями желудка, поражение локализовалось в области выходного отдела желудка и луковицы.

Складки слизистой желудка были преимущественно утолщенные, грубые, ригидные, плотные, часто изломанные, меняющие направление своего хода. При рентгенологически установленных гастритах нормальные складки слизистой наблюдались в 3,3%, были утолщены в 75,7%. При гастродуоденитах в 73,5% складки были утолщены.

Рентгенологически отмечались частые и грубые нарушения функциональной деятельности желудка, выражавшиеся в различных изменениях тонуса перистальтики и эвакуации желудка и нередко сопровождавшиеся длительными сокращениями привратника. При рентгенологически установленных гастритах тонус был изменен в 43,9%, перистальтика — в 60,7%, эвакуация — в 34,6%. При гастродуоденитах тонус был изменен в 55,2%, перистальтика — в 67,6%, эвакуация — в 56,5%. При нарушениях функциональной деятельности желудка длительные спазмы привратника наблюдались в 31,6% всех больных.

Повторные рентгенологические исследования желудка больных хроническим гастритом, производившиеся во время лечения и перед выпиской, обнаруживали у большинства больных, несмотря на заметное улучшение субъективного и объективного состояния, значительную стойкость и почти неизменяемость патологической картины слизистой.

Соответствующее лечение и пребывание в стационаре больных хроническим гастритом сказывались в постепенном улучшении функциональной деятельности желудка, отмечаемом в документируемом повторными рентгенологическими исследованиями.

Из числа больных с рентгенологически установленным гастритом выздоровление и значительное улучшение отмечены у 87,9%, состояние осталось без перемен у 12,1%. Соответствующие цифры при гастродуоденитах — 76,5 и 23,5%. Таким образом, при гастродуоденитах по сравнению с гастритами значительно ниже процент выздоровлений и улучшений и в два раза выше процент больных без улучшения, несмотря на проведенное лечение.

В протоколе рентгенологического исследования желудочного больного должны быть отражены не только анатомические изменения слизистой, но и подробное описание функционального состояния желудка и изменения в динамике процесса при повторных исследованиях как дающие качественную оценку состояния больного.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ

Во время Великой Отечественной войны, видимо, нередко устанавливался диагноз гастрита там, где имелись функциональные заболевания желудка. Трудности заключались в том, что у ряда больных наблюдалось сочетание органических и функциональных изменений. При наличии признаков гастрита определялись нарушения тонуса и перистальтики желудка, иногда симптомы вегетативной дистонии (потливость, дрожание, усиленный блеск глаз, тахикардия, учащенное мочеиспускание, субфебрильная температура и пр.) или явления невроза (состояние возбуждения, тревоги или подавленности, апатии). Из диспептических симптомов у этих больных преобладала частая и упорная рвота, наблюдались срыгивания. Возникновение заболевания и его особенности нередко можно было связать с психической травмой или контузией.

У части больных этой группы правильнее было бы говорить о функциональных нарушениях, а не о гастрите. Однако дифференциация признаков представляет большие трудности, особенно в условиях войны, когда возможны наложения нервных и функциональных симптомов.

Поэтому врачи предпочитали в неясных случаях ставить диагноз гастрита, тем более что у ряда больных имелись явные симптомы этого заболевания.

В Советской Армии неврозы встречались редко, а случаи гастритов, протекавших на фоне или совместно с нервными, в том числе вегетативными, нарушениями, составляли небольшую группу среди общего числа гастритов.

В табл. 8 показано, как часто на этапах эвакуации ставился правильный диагноз гастрита.

Из табл. 8 видно, как увеличивался в течение войны процент правильных диагнозов на ПМП, в МСБ и армейских лечебно-эвакуационных учреждениях. Все время был высоким процент правильных диагнозов в ТППГ, лечебно-эвакуационных учреждениях фронта и тыла.

В табл. 9 приведены данные о частоте ошибочного диагноза язвенной болезни у больных с окончательным диагнозом гастрита.

Из табл. 9 видно, что в войсковом районе часто ставился диагноз язвенной болезни. Менее часто встречался неправильный диагноз язвенной болезни на ПМП в третьем и четвертом году войны; в МСБ заметный сдвиг произошел во второй год войны. В армейском и фронтовом районе процент неправильных диагнозов язвенной болезни при гастрите был наименьшим в четвертом году войны.

Таблица 8

Процент больных с правильным диагнозом гастрита на этапах эвакуации по годам войны (за 100 принято количество больных гастритом, прошедших указанный этап эвакуации в данный год войны)

Этап эвакуации	Год войны				За все годы
	первый	второй	третий	четвертый	
ПМП	33,6	36,5	43,0	51,1	43,5
МСБ	39,0	46,7	52,8	57,0	51,5
ТППГ	—	88,9	79,0	88,6	84,4
Прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии	60,8	67,8	71,4	81,6	72,2
Лечебно-эвакуационные учреждения фронта	78,8	81,7	75,9	82,9	79,9
Лечебно-эвакуационные учреждения тыла	92,1	91,5	91,7	95,0	92,7

Таблица 9

Процент больных гастритом с предположительным диагнозом язвенной болезни на этапах эвакуации по годам войны (за 100 принято количество больных гастритом, прошедших указанный этап эвакуации в данный год войны)

Этап эвакуации	Год войны				За все годы
	первый	второй	третий	четвертый	
ПМП	38,2	40,4	35,9	31,8	35,7
МСБ	41,0	31,5	29,4	29,5	31,0
ТППГ	—	9,7	10,2	6,1	8,3
Прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии	18,9	12,1	12,3	8,3	11,8
Лечебно-эвакуационные учреждения фронта	4,3	5,2	7,3	3,8	5,3
Лечебно-эвакуационные учреждения тыла	0,6	0,9	0,3	1,0	0,7

Из табл. 8 и 9 видно, что диагностика на более глубоких этапах эвакуации была правильнее. Но наблюдались случаи, когда правильный диагноз ставился на передовых этапах, а на промежуточных был неверным.

Ст-х Е. О., 1906 г. рождения, направлен из ПМП с диагнозом хронического гастрита; в МСБ и ТППГ поставлен диагноз обострения язвы желудка; в ТППГ установлен окончательный диагноз обострения хронического гастрита.

При проведении дифференциального диагноза между язвенной болезнью и гастритом правильный диагноз не всегда ставился на последующих этапах, в то время как в войсковом районе язвенная болезнь диагностировалась сравнительно часто.

В 3,4% случаев правильнее было бы по данным анамнеза, клиники и нередко по данным рентгеноскопии (обнаружение ниши на одном из этапов) признать язвенную болезнь.

Улов И. С., 1906 г. рождения, страдает больше года болями в области желудка, появляющимися через $1\frac{1}{2}$ часа после еды, рвотой, изжогой. Направлен с ПМП с диагнозом хронического гастрита в ППГ. Кислотность желудочного содержимого 78/54. При рентгеноскопии обнаружена рубцоватая язва на малой кривизне в средней трети. Больной эвакуируется в эвакуогоспиталь, откуда с диагнозом язвы желудка — в тыл. В тыловом госпитале при второй рентгеноскопии, произведенной через 2 месяца после первой, желудок и двенадцатиперстная кишка — без органических изменений. Окончательный диагноз: незначительные явления гастрита. Больной выписан на пересыльный пункт.

Несовпадение диагнозов наблюдалось при целом ряде других заболеваний, в том числе при раке желудка, болезнях кишечника, печени и желчных путей, а также хронических заболеваниях сердца, легких, некоторых инфекциях (дизентерия, малярия) и др. Это еще раз подтверждает трудности распознавания гастрита.

Правильное распознавание гастрита зависело также от полноты и своевременности обследования больных на этапах эвакуации (табл. 10 и 11).

Таблица 10

Распределение больных по этапам, где произведено первое исследование желудочного содержимого, по годам войны (в процентах)

Этап, на котором произведено первое исследование желудочного содержимого	Год войны				За все годы
	первый	второй	третий	четвертый	
ЛМП	0,2	0,6	0,3	0,6	0,5
МСБ	0,4	2,2	1,7	1,8	1,7
ТППГ	—	3,5	17,1	20,2	13,1
Прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии	15,8	27,6	21,4	18,1	21,1
Лечебно-эвакуационные учреждения фронта	25,1	24,3	24,4	21,7	23,5
Лечебно-эвакуационные учреждения тыла	24,0	16,9	15,0	15,5	16,6
Прочие и неуточненные	7,1	3,5	3,2	4,9	4,2
Всего	72,6	78,6	83,1	82,8	80,7
Исследования не производилось	27,4	21,4	16,9	17,2	19,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 10 и 11 видно, что незначительное число больных было обследовано уже в войсковом районе. ПМП и МСБ использовали близко расположенные лаборатории и рентгеновские кабинеты или рентгеновские передвижки.

Начиная со второго года войны, возрастала роль ТППГ, в связи с чем уменьшилась роль последующих этапов в обследовании больных с заболеваниями желудка. Процент больных, не подвергавшихся исследованию желудочного содержимого и рентгеноскопии желудка, на третьем и четвертом году войны снизился.

В зависимости от отчетливости клинической картины, а также частично по условиям санитарно-тактической обстановки исследование желудочного содержимого не производилось у 19,3% больных гастритом, рентгеноскопия желудка — у 54,2%; в то же время у значительной части больных эти исследования производились повторно.

Таблица 11

Распределение больных по этапам, где произведена первая рентгеноскопия желудка, по годам войны (в процентах)

Этап, на котором произведена первая рентгеноскопия желудка	Год войны				За все годы
	первый	второй	третий	четвертый	
ПМП	0,2	0,1	—	0,1	0,1
МСБ	0,2	0,3	—	0,1	0,1
ТППГ	—	0,9	5,0	7,4	4,3
Прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии	7,1	10,2	6,9	7,9	8,1
Лечебно-эвакуационные учреждения фронта	13,8	18,0	18,0	16,3	17,0
Лечебно-эвакуационные учреждения тыла	17,4	11,9	13,0	14,4	13,7
Прочие и неуточненные	4,0	2,0	2,2	2,7	2,5
Всего	42,7	43,4	45,1	48,0	45,8
Рентгеноскопия желудка не производилась	57,3	56,6	54,9	51,1	54,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Чтобы понять высокий процент не подвергавшихся рентгенокопии, следует учесть, что 40,3% больных были выписаны из лечебно-эвакуационных учреждений войскового и армейского района, имевших лишь ограниченные возможности для проведения рентгенокопии желудка. Показательна табл. 12, в которой сопоставлен район поступления больных и район, в котором произведено первое исследование желудочного содержимого.

Таблица 12

Распределение больных по районам поступления и районам, где было произведено первое исследование желудочного содержимого (в процентах)

Район первого исследования желудочного содержимого	Район поступления	
	войсковой	армейский
Войсковой	5,1	—
Армейский	52,1	61,7
Фронтной	15,4	12,4
Тыловой	4,1	5,4
Не уточнен	0,7	0,3
Всего	77,4	79,8
Исследование не проводилось	22,6	20,2
Итого	100,0	100,0

У больных, поступивших на лечение в войсковом или армейском районе, желудочное содержимое исследовалось в пределах армейского района в 57,2—61,7%, а рентгеноскопия желудка производилась в 19,8—21,2%. Чтобы правильно оценить эти цифры, надо учесть, что из числа поступивших из войскового и армейского района закончили лечение в этих районах 66,7%. Таким образом, приняв во внимание возможности лабораторного и рентгенологического исследования, следует заключить, что обследование больных гастритом в указанных районах было вполне удовлетворительным.

В заключение следует еще раз отметить, что гастрит распознать труднее, чем все прочие органические заболевания желудка. Во время войны трудности распознавания гастрита были особенно велики в войсковом районе, поэтому нужно признать благоприятными данные, характеризующие обследование больных и правильность диагнозов на различных этапах по годам войны.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

Первое место в системе лечения больных хроническим гастритом принадлежит лечебному питанию. Больные гастритом особенно чувствительны к нарушениям пищевого режима.

Во время Великой Отечественной войны в лечебно-эвакуационных учреждениях уделялось большое внимание вопросам лечебного питания, организация которого непрерывно улучшалась. Вначале лечебно-эвакуационные учреждения придерживались схемы трех столов: № 1 — общий, № 2 — механически и химически щадящий, № 3 — максимально щадящий. В дальнейшем количество столов в ряде госпиталей достигло 5—7 и больше. Сначала назначался механически и химически щадящий стол с включением «разгрузочных» дней один раз в 5—7 дней. В «разгрузочный» день больной получал сухари, протертые каши и т. п. После исчезновения болей и диспептических явлений назначался на несколько дней общий стол с белым хлебом, а затем общий стол с черным хлебом.

При пониженной кислотности соблюдался тот же порядок питания с постепенным добавлением поваренной соли до 6,0—8,0 в день. При гастритах со значительно выраженными болями, при язвенном гастрите, пилородуодените проводился упрощенный курс противоязвенного лечения, начиная со стола № 16 по Певзнеру. В отношении объема принимаемой пищи уместно напомнить, что желудок чувствителен к растяжению, что боли чаще наступают после обильной еды и что принятые для здоровых нормы веса и объема блюд не подходят для желудочных больных.

Ту или иную щадящую диету за время Великой Отечественной войны получали 94,9% больных гастритом, находившихся в лечебно-эвакуационных учреждениях; 5,1% больных не получали диетического питания, причем количество не получавших его из года в год уменьшалось: в первый год войны — 9,6%, на второй год — 6,6%, на третий год — 4,4% и на четвертый год — 3,3%.

Специальной разработкой подвергся во время войны вопрос об организации щадящего питания для больных гастритом непосредственно в частях, находящихся в обороне или в резерве. Правила его были составлены М. А. Ляссом и А. М. Марковым. Из рациона были исключены комбиджир, соленые и квашеные овощи, уксус, горчица, перец и водка. Ржаной хлеб заменялся пшеничным из муки 96% помола или ржаными сухарями. Солонина и соленая рыба, если ими приходилось заменять свежее мясо или рыбу, обязательно вымачивались.

Блюда для шадящего стола притотовлялись по особым раскладкам, причем контроль за правильным проведением шадящего питания должен был обеспечивать старший врач полка. Отбор больных проводился также старшим врачом. Специальная врачебная комиссия давала заключение о количестве нуждающихся в шадящем питании, которое назначалось на один месяц. Нуждающиеся в более длительном сроке проходили комиссию повторно.

При организации лечебного питания особое внимание уделялось достаточному обеспечению больных витаминами. Это было важно и потому, что к возможным в военное время гиповитаминозам экзогенного происхождения (от недостаточного введения их) присоединялась опасность эндогенных гиповитаминозов, особенно при пониженной кислотности желудочного сока и ахилии. Витамины назначались как в профилактических, так и в лечебных целях, если у больных отмечались те или иные проявления гиповитаминозов.

Профилактические назначения делались в обычных дозах, в частности, широко применялись растительные настои (шиповника, смородины и др.) для профилактики гиповитаминоза С, пекарские дрожжи для пополнения витамина В₁.

В случаях гиповитаминозов применялись лечебные дозы витаминов; в первые дни лечения больным назначался внутрь или парентерально витамин С от 100 до 300 мг, а затем, по мере насыщения витамином, — по 50—100 мг; витамин В₁ — по 2—5 мг, иногда никотиновая кислота, дрожжи (если они хорошо переносились), рыбий жир, витамин А, печеночный экстракт.

В течение войны витамины для лечения больных гастритами применялись все шире, и процент больных, получавших витамины, в четвертый год войны был в два раза больше, чем в третий и второй год, и в четыре раза больше, чем в первый год войны.

Часто применялись также тепловые процедуры, главным образом грелка. В ряде ТППГ и МСБ с успехом использовались химические грелки.

Лучший эффект иногда давало влажное тепло: грелку клали поверх согревающего компресса или под грелку подкладывали влажную салфетку или смоченное в горячей воде и отжатое полотенце. Такой метод обеспечивает более глубокое воздействие тепла и приближается к парафинолечению, торфолечению, проводившемуся не только в условиях армейских эвакуационных госпиталей, но при стабильной обороне и в отдельных ТППГ. В некоторых ППГ, в эвакуогоспиталях фронтового и тылового района применялось и грязелечение. Часть больных получала соллюкс, кварц, диатермию. Эффект от них был более или менее благоприятный; при выраженных болях лучше действовал кварц в эритемных дозах или диатермия.

Физиотерапия гастритов во время войны применялась у 11,4% больных, причем из года в год процент больных, получавших физиотерапию, повышался и в четвертый год войны был вдвое больше, чем в первый.

Промывания желудка в некоторых госпиталях применялись широко, и нередко при амбулаторном лечении больных гастритом в войсковом районе (А. М. Марков, Б. Н. Агриколянский, И. С. Гаврилов).

Сдержанное отношение к промываниям желудка у части врачей имело некоторое основание, так как промывания при язве желудка (а точный диагноз не всегда мог быть поставлен) связаны с некоторым риском. Неблагоприятный эффект изредка наблюдался также

при язвенном гастрите, при гастрите с нервными наслоениями, при неврозе, протекающем со рвотами. Наилучший результат давали промывания при отсутствии явлений повышенной возбудимости желудка. Из всех больных во время Великой Отечественной войны систематическими промываниями желудка лечилось 5,2% больных гастритами; постепенно процент больных, леченных промываниями, увеличивался, и к четвертому году возрос по сравнению с первым годом в три раза. Промывания желудка делались кипяченой водой, 0,5—2% раствором соды, физиологическим раствором, слабыми растворами ляписа или марганцовокислого калия. Н. А. Букатко проводил лечение больных хроническим гастритом длительным орошением желудка с циркуляцией раствора до 2 часов.

А. М. Марков при болях и частых рвотах сочетал промывание с последующим введением в желудок до 40 см³ 0,25% новокаина с добавлением 0,5 раствора (1 : 1 000) атропина.

При лечении больных гастритом как в войсковом, так и в армейском, фронтовом и тыловом районе применялись с успехом также методы общего воздействия на организм: переливание крови, аутогемотерапия, нередко проводившиеся и в войсковом районе, лечебная физкультура, трудовые процессы. Все эти методы были особенно ценны при упадке общего питания, пониженном тоне, неустойчивости нервной системы.

В одном из госпиталей 3-го Прибалтийского фронта было проведено кумысолечение больных анацидным гастритом. Больные анацидным гастритом получали от 0,5 до 1 л кумыса в день; через полторы-две недели их общее состояние и функции желудка, в частности, улучшались.

Медикаментозное лечение хронических гастритов во время войны не потеряло своего значения и занимало второе место после щадящего питания. Из медикаментов применялись белладонна, атропин, щелочи или соляная кислота, в зависимости от характера секреции, и другие лекарства.

В некоторых случаях проводилось лечение лекарствами парентерально: внутривенно вливался 10% раствор бромистого натрия, 20—40% глюкозы, внутримышечно вводилась сернокислая магнезия.

Бром назначался для воздействия на нервную систему, глюкоза — как общеукрепляющее и сернокислая магнезия — как противоспастическое средство. А. М. Марков при сильных болях применял паравертебральную внутривоздушную блокаду 0,25% раствором новокаина с обеих сторон от VIII грудного до II поясничного позвонка до 10 раз через 1—2 дня.

Особого подхода требовало лечение упорных рвот неврастенического характера. Таким больным назначалась также психотерапия, трудовые процессы, препараты атропина, папаверина, люминала, брома, а в тяжелых случаях обезвоживания на почве рвоты — капельные клизмы. Некоторое улучшение наблюдалось при проведении голодных дней. Иногда рвоты, независимо от характера лечения, со временем становились реже и прекращались сами собой.

Наиболее эффективным было комплексное лечение гастрита, включавшее сочетание ряда мероприятий: лечебное питание, физиотерапию, медикаменты, промывание желудка, переливание крови и т. д. При анализе лечения гастритов по годам войны видно, как постепенно, из года в год, повышался процент больных, получавших комплексную терапию; в четвертый год войны он был в два раза больше, чем в первый год.

Основные принципы лечения больных гастритом, как и в мирное время, сводились к следующему:

- 1) оказывать воздействие на весь организм, а не только на желудок;
- 2) индивидуализировать лечение в зависимости от общего состояния, этиологии, патогенеза и клинического типа гастрита;
- 3) при гастритах, являющихся осложнением, направлять лечение на основное заболевание.

В табл. 13 приведено распределение больных по районам поступления и районам выписки (в процентах).

Таблица 13

Распределение больных по районам поступления и районам выписки (в процентах)

Район выписки	Район поступления			
	войско- вой	армей- ский	фронт- вой	тыловой
Войсковой	8,6	—	—	—
Армейский	56,9	66,8	—	1,0
Фронтвой	23,9	22,2	89,1	3,8
Тыловой	9,4	10,8	10,4	94,2
Не уточнен	1,2	0,2	0,5	1,0

Из этой таблицы следует, что из числа больных, госпитализированных в войсковом и армейском районе, две трети выписались в пределах армии, одна треть эвакуировалась за пределы армии, причем одна десятая достигла тылового района. Это были преимущественно больные с язвенным гастритом или гастритом с другими сопутствующими заболеваниями внутренних органов.

Если отнестись число лечившихся на каждом этапе к общему количеству лечившихся, то окажется, что через МСБ прошло 27,8% больных, ТППГ — 21,1%, прочие лечебно-эвакуационные учреждения армии — 44,7%, лечебно-эвакуационные учреждения фронта — 37,5% и лечебно-эвакуационные учреждения тыла — 24,1%.

В табл. 14 показана продолжительность пребывания больных в госпиталях по годам войны (в процентах).

Таблица 14

Продолжительность пребывания больных в госпиталях по годам войны (в процентах)

Количество дней лечения	Год войны			
	первый	второй	третий	четвертый
До 5	11,8	11,9	6,2	7,1
6—10	13,7	11,8	14,0	13,6
11—20	24,7	28,9	24,7	26,9
21—30	17,3	17,2	19,7	18,6
31—40	9,5	10,9	11,6	11,3
41—60	11,6	9,4	11,3	12,9
61—80	4,6	6,1	6,2	4,8
Больше 80	6,8	4,7	6,3	4,8

В среднем продолжительность госпитального лечения составляла в первый год войны 29,6 дня, во второй год — 28,2 дня, в третий — 31,4, в четвертый — 29,6. Существенной разницы в сроках лечения по годам войны не было.

В табл. 15 приведена продолжительность пребывания больных в госпиталях по районам поступления (в процентах).

Таблица 15

Продолжительность пребывания больных в госпиталях по районам поступления (в процентах)

Количество дней лечения	Район поступления			
	войско- вой	армей- ский	фронт- вой	тыловой
До 10	20,7	27,2	19,6	17,1
11—20	23,4	26,3	29,1	29,4
21—30	18,6	14,7	19,1	22,8
31—40	12,1	9,0	10,8	12,1
41—60	13,2	9,9	11,3	10,7
61—80	5,8	6,2	4,8	4,8
Больше 80	6,2	6,7	5,3	3,2

В среднем поступившие в войсковой район лечились 31,5 дня, поступившие в армейский — 29,6, во фронтовой — 29,2, в тыловой — 27,8.

Все приведенные данные касаются госпитализированных больных. Между тем часть больных хроническими гастритами лечилась амбулаторно. Естественно, что госпитальному лечению подвергались более тяжелые больные, требовавшие более длительных сроков лечения. Кроме того, у 25,5% госпитализированных больных имелись различные сопутствующие заболевания, удлинявшие сроки лечения.

Большое внимание уделялось профилактике хронических гастритов. Излечение острого гастрита имеет весьма важное значение для предупреждения возникновения хронических гастритов. В некоторых воинских частях и в лечебно-эвакуационных учреждениях проводилось систематически зубопротезирование, являющееся одним из существенных звеньев в профилактике гастритов.

В ряде частей осуществлялась диспансеризация больных гастритами и другими хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При медицинском освидетельствовании прибывающего пополнения и при ежемесячных осмотрах личного состава выявлялись больные гастритом, болевшие гастритом в недавнем прошлом, а также лица с диспептическими жалобами. Взятые на учет обследовались для уточнения диагноза, повторно осматривались, на них записывалась диспансерная карта желудочно-кишечного больного.

Важное профилактическое значение имела также организация на некоторых фронтах при частях, находящихся в стойкой обороне, щадящего питания, которое периодически назначалось больным хроническим гастритом. С этой целью применялся особый рацион и чаще всего замена черного хлеба белым. При этом у больных реже наступали обострения, а при наличии обострения удавалось щадящим питанием и кратковре-

менным освобождением от физических работ и занятий добиться затихания процесса без направления больных в госпиталь.

В периоды боевого затишья во многих частях были организованы дома отдыха. Пребывание в них солдат и офицеров, страдавших гастритом, также способствовало профилактике обострений желудочных заболеваний. Большую роль в профилактике заболеваний, в том числе и желудочно-кишечных, сыграло планомерно проводимое снабжение личного состава войск витаминами. Можно думать, что в отношении обострений хронических гастритов и развития свежих заболеваний это мероприятие оказало известное влияние.

Наибольшее значение следует приписать общей системе профилактических мероприятий, неуклонно проводимых в Советской Армии. Принятая система организации питания войск и проведение пищевого надзора обеспечивали в основном нормальное питание как по качеству, калорийности, так и по набору продуктов. Оказали также влияние другие виды профилактических мероприятий: обеспечение кипяченой водой, питательные и обогревательные пункты и т. д.

ИСХОДЫ ГАСТРИТОВ

Для детального освещения вопроса о клинических исходах гастритов за время Великой Отечественной войны пришлось пользоваться ориентировочной схемой, по которой возможные медицинские исходы разбиты на три группы: первая группа — выздоровление, вторая группа — улучшение, третья группа — без перемен и ухудшение. Анализ клинического течения заболеваний гастритом показал, что ухудшение при госпитальном лечении наступало лишь в единичных случаях, поэтому все они относились в группу «без перемен». Важно учесть и то обстоятельство, что при наличии хронического гастрита, особенно осложненного, вряд ли можно говорить о выздоровлении, не зная отдаленных результатов. Правильнее оценивать эти случаи как стойкое клиническое улучшение.

При определении медицинских исходов за основу были взяты записи и заключения лечащих врачей, зафиксированные в историях болезни. В тех случаях, где исход не был указан, детально изучалось течение заболевания по истории болезни и выносилось соответствующее решение по каждому отдельному случаю. Опыт Великой Отечественной войны показал, что лица, страдавшие гастритом, в 88,8% выписывались из лечебных учреждений по выздоровлении или со значительным улучшением. Только в 11,2% не отмечалось положительного эффекта. С приведенными данными совпадают имеющиеся в отечественной литературе указания на исчезновение болей под влиянием физического и психического покоя, а также консервативного лечения даже в МСБ у 81,0% больных гастритом и диспептических явлений — у 88,0% (И. С. Гаврилов и др.). Единичные случаи ухудшения относятся к лицам пожилого возраста, длительно болевшим гастритом, как правило, осложненным, при наличии к тому же одного или нескольких сопутствующих заболеваний.

Распределение медицинских исходов по годам войны представлено в табл. 16 в процентах. По сравнению с первым годом войны в дальнейшем процент улучшений и выздоровлений увеличился, соответственно уменьшился процент случаев «без перемен».

В последние два года войны не наблюдалось существенных изменений в соотношении благоприятных и менее благоприятных клинических исходов. Следует лишь указать на незначительное снижение к концу войны числа выздоровлений. Это зависело от увеличения процента хронического гастрита и уменьшения случаев острого гастрита, за счет которых в основном учащались случаи выздоровления.

Улучшение основного показателя клинических исходов во второй год Великой Отечественной войны свидетельствует о более высоком

Таблица 16

Распределение медицинских исходов по годам войны (в процентах)

Медицинские исходы	Год войны			
	первый	второй	третий	четвертый
Выздоровление и улучшение	87,0	90,0	89,0	90,0
Без перемен	13,0	10,0	11,0	10,0

качестве медицинского обслуживания этой группы больных. Имел значение и тот факт, что больные хроническим гастритом с неблагоприятным течением переводились на нестроевую службу. Нельзя не принять во внимание и возрастающую в процессе войны приспособляемость военно-служащих к фронтовым условиям.

Заслуживает внимания зависимость медицинских исходов от возраста больных (табл. 17).

Таблица 17

Распределение больных по медицинским исходам в зависимости от возраста (в процентах к итогу)

Медицинские исходы	Возрастные группы			
	до 25 лет	26—35 лет	36—45 лет	46 лет и старше
Выздоровление и улучшение	91,2	89,0	88,9	85,8
Без перемен	8,8	11,0	11,1	14,2

Таким образом, выздоровление в большинстве случаев наступало у лиц молодого возраста, исход «без перемен» несколько чаще наблюдался у лиц пожилого возраста.

В различные периоды войны это соотношение сохранялось. Следует лишь отметить лучшие исходы в два последних года войны у лиц в возрасте до 25 лет и в возрасте 36—45 лет. Значительно снизились к концу войны неблагоприятные медицинские исходы и в возрасте старше 45 лет.

Распределение медицинских исходов в зависимости от формы заболевания представлено в табл. 18.

Приведенные цифровые показатели свидетельствуют о том, что наибольший процент выздоровлений и улучшений приходился на острые гастриты, причем значительный процент больных из этой группы возвратился в строй в состоянии полного клинического благополучия. У лиц с несложным хроническим гастритом выздоровление и улучшение наступили в 89,7% и в 10,3% состояние больных оставалось без перемен. При наличии очаговых гастритов процент менее благоприятных исходов оказался в два раза выше. В значительной степени влияли на медицинские исходы сопутствующие заболевания. Чаще всего среди сопутствующих заболеваний встречались болезни сердечно-сосудистой системы, кишечника, органов дыхания и печени.

Анализ медицинских исходов по различным родам войск не выявляет каких-либо особенностей. Следует лишь отметить менее благоприятные

Таблица 18

Исходы в зависимости от формы гастрита (в процентах к итогу)

Форма гастрита	Медицинские исходы		Итого
	выздоровле- ние и улучшение	без перемен и ухуд- шение	
Острый гастрит	96,1	3,9	100,0
Хронический гастрит	89,7	10,3	100,0
Гастродуоденит, дуоденит	77,4	22,6	100,0
Гастрит с сопутствующими забо- леваниями	85,5	14,5	100,0

медицинские исходы у больных из нестроевых частей, что, видимо, зависит от преобладания в личном составе этих частей военнослужащих более пожилого возраста, у которых, наряду с гастритом, в большинстве случаев имелись различные сопутствующие заболевания.

Опыт Великой Отечественной войны показал, что определенной зависимости между длительностью заболевания и медицинскими исходами не существует, хотя более свежие заболевания или обострения гастрита давали несколько лучшие исходы (табл. 19).

Таблица 19

Исходы в зависимости от длительности заболевания
(в процентах к итогу)

Медицинские исходы	Длительность заболевания				Болели до войны
	до 6 меся- цев	до 1 года	от 1 года до 2 лет	более 2 лет	
Выздоровление и улучшение . .	92,0	88,0	87,0	88,0	88,0
Без перемен	8,0	12,0	13,0	12,0	12,0

Необходимо также отметить, что в молодом возрасте неблагоприятные исходы почти в два раза чаще наступали у лиц, заболевших до войны. В возрасте 26 лет и старше процент «без перемен» и ухудшений у заболевших на войне и до войны почти не отклонялся от среднего показателя.

Распределение медицинских исходов в зависимости от длительности службы в Советской Армии представлено в табл. 20.

У лиц кадрового состава выздоровление и улучшение наступали значительно чаще, чем у военнослужащих, призванных в армию во время войны. Это можно, с одной стороны, объяснить тем, что кадровые военнослужащие в меньшей степени страдали различными хроническими заболеваниями, в том числе и гастритом, а если и болели, то в более легкой форме. Имели значение профилактические мероприятия, проводимые в армии, а также своевременное лечение наступавших обострений в мирное время. С другой стороны, кадровые военнослужащие лучше переносили условия фронтовой жизни.

Т а б л и ц а 20

Распределение больных гастритом по медицинским исходам и длительности службы в Советской Армии (в процентах)

Медицинские исходы	Длительность службы в Советской Армии						
	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет и больше
Выздоровление и улучшение	86,0	86,9	86,8	88,7	93,4	89,1	92,7
Без перемен	14,0	13,1	13,2	11,3	6,6	10,9	7,3

Необходимо отметить, что у призванных во время войны, в зависимости от длительности пребывания на фронте, в значительной степени менялись медицинские исходы (табл. 21).

Т а б л и ц а 21

Медицинские исходы и длительность пребывания на фронте (в процентах)

Медицинские исходы	Длительность пребывания на фронте			
	1 год	2 года	3 года	4 года
Выздоровление и улучшение	76,0	93,0	94,0	93,0
Без перемен	24,0	7,0	6,0	7,0

Как видно из табл. 21, у лиц, находившихся на фронте менее года, обострения гастрита чаще давали менее благоприятный медицинский исход. Военнослужащие, пробывшие на фронте год и более, чаще выписывались в часть с улучшением. Объясняется это, повидимому, тем, что уже в первый год пребывания на фронте произошло определенное отсеивание лиц с более тяжелой формой гастрита; кроме того, большое значение имело, как указывалось, приспособление к новой обстановке.

Зависимость медицинских исходов от числа предшествовавших госпитализаций представлена в табл. 22.

Т а б л и ц а 22

Распределение медицинских исходов в зависимости от числа предшествовавших госпитализаций (в процентах)

Медицинские исходы	Число предшествовавших госпитализаций			Первично госпитализированные
	1	2	3 и более	
Выздоровление и улучшение	90,1	84,2	84,8	84,8
Без перемен	9,9	15,8	15,2	15,2

Из таблицы видно, что наименее благоприятным был медицинский исход у лиц, болевших в прошлом гастритом и повторно госпитализи-

рованных. Высокий процент в группе «без перемен» приходился на больных, ранее ни разу не подвергавшихся госпитализации. У этой категории лиц почти в два раза выше был также процент выздоровлений.

При анализе медицинских исходов в связи с длительностью госпитализации необходимо отметить менее благоприятные медицинские исходы у больных, находившихся на излечении до 10 дней и более 61 дня (табл. 23).

Таблица 23

Распределение медицинских исходов в зависимости от длительности госпитализации (в процентах)

Медицинские исходы	Продолжительность госпитализации				
	1—10 дней	11—20 дней	21—30 дней	31—60 дней	61—120 дней
Выздоровление и улучшение	86,3	91,1	89,9	90,3	81,6
Без перемен	13,7	8,9	10,1	9,7	18,4

В первом случае это зависело от кратковременности пребывания в лечебных учреждениях, вследствие чего не успевал сказаться лечебный эффект; во втором случае неблагоприятный клинический исход был связан с особой тяжестью патологического процесса, чаще всего при наличии осложнений или отягчающих течение гастрита сопутствующих заболеваний.

Из табл. 23 видно, что наиболее благоприятные исходы гастрита получены при лечении в течение 11—20 дней. Военнослужащие с неблагоприятно протекавшим гастритом находились на излечении более 60 дней (чаще всего при наличии перигастритов, осложненных упадком питания, анемией, гиповитаминозом). Сопоставление приведенных выше данных по годам войны отражает те же закономерности. Представляют интерес медицинские исходы на различных этапах эвакуации (табл. 24).

Таблица 24

Распределение исходов в зависимости от этапов эвакуации, где определился медицинский исход (в процентах)

Медицинские исходы	Этап эвакуации				
	МСБ	ТППГ	ТЭГ армии	Лечебные учреждения фронта	лечебные учреждения тыла
Выздоровление и улучшение	93,8	93,3	89,0	87,2	87,0
Без перемен	6,2	6,7	11,0	12,8	13,0

Из табл. 24 видно, что в МСБ и ТППГ наблюдался максимальный процент выздоровлений и улучшений. Начиная с армейского ТЭГ, больше больных выписывалось без улучшения. Анализ истории болезни лиц,

закончивших лечение в МСБ и ТППГ, показал, что это были больные, страдавшие в основном острым гастритом или легко протекавшим обострением хронического гастрита. На следующие этапы эвакуации, а иногда в госпитали тыла попадали более тяжелые контингенты больных, и поэтому медицинский исход становился значительно хуже. В МСБ и ТППГ показатель выздоровлений и улучшений мало изменялся в различные годы Великой Отечественной войны. Первый год войны во внимание не принимается, ибо количество больных, закончивших лечение в этот период в МСБ и ППГ (терапевтических отделениях), слишком малочисленно, чтобы выводить определенную закономерность. В армейских и особенно во фронтовых эвакуогоспиталях отмечалось увеличение процента выздоровлений и улучшений во второй год войны. Это обстоятельство еще раз подтверждает тот факт, что ко второму году войны улучшилось качество лечения больных гастритом, несмотря на то, что на перечисленные этапы эвакуации стали попадать главным образом больные, нуждавшиеся в более длительном лечении. Уменьшение процента выздоровлений и улучшений в госпиталях тыла зависело от того, что в тыловые лечебные учреждения попадали в основном более тяжелые больные.

В табл. 25 представлено распределение медицинских исходов в зависимости от количества этапов, пройденных больными гастритом.

Таблица 25

Распределение больных гастритом по медицинским исходам в зависимости от количества пройденных этапов эвакуации (в процентах)

Медицинские исходы	Количество этапов эвакуации				
	1	2	3	4	5 и более
Выздоровление и улучшение	90,2	89,8	88,0	87,0	87,1
Без перемен	9,8	10,2	12,0	13,0	12,9

С увеличением количества пройденных этапов медицинский исход оказывался менее благоприятным. Целесообразно утверждать, что это зависело исключительно от многостадийности. Повидимому, надо учитывать то обстоятельство, что большее количество этапов проходили больные с более тяжелыми формами гастрита и гастритами с сопутствующими заболеваниями других органов.

Существенным является вопрос об исходах в связи со сроками установления диагноза. Это было выяснено путем сопоставления исходов и этапа, на котором поставлен окончательный диагноз (табл. 26).

При постановке правильного диагноза на шестом этапе эвакуации и далее медицинский исход был на 4,2% хуже, чем при диагностировании гастрита на первом и втором этапе эвакуации. Подобное соотношение сохранялось в различные периоды Великой Отечественной войны. Следует отметить, что группа больных, прошедших более пяти этапов, была малочисленна и в нее вошли больные с осложненным гастритом и сопутствующими заболеваниями.

Оценка медицинских исходов в зависимости от проводимых методов лечения не может быть дана полностью на основании разработки историй болезни. В подавляющем большинстве случаев лечение проводилось комплексно. Можно лишь отметить, что в тех случаях, когда, помимо диетотерапии, применялись простые методы физиотерапии (тепловые процедуры) и витаминотерапия, больные, как правило, выписывались с улучшением.

Таблица 26

Распределение больных гастритом по медицинским исходам и конечным этапам (по счету), где впервые поставлен окончательный диагноз (в процентах)

Медицинские исходы	На каком этапе установлен диагноз			
	первый и второй	третий и четвертый	пятый	шестой и далее
Выздоровление и улучшение	89,4	86,8	86,5	85,2
Без перемен	10,6	13,2	13,5	14,8

Необходимо также отметить, что 90,4% больных, основным методом лечения которых было промывание желудка, были выписаны с улучшением или выздоровлением. Это важно потому, что такой метод лечения применим и в амбулаторной обстановке. В частности, он с успехом применялся во многих МСБ и был рекомендован пленумом Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления.

На основании всего изложенного можно сделать следующие выводы.

1. Медицинские исходы у больных гастритом при лечении на этапах эвакуации, как правило, были хорошими. Подавляющая масса больных гастритом выписывалась в часть по выздоровлению или со значительным улучшением (88,8%).

2. У лиц кадрового состава или с длительным сроком службы в армии медицинские исходы были лучше, чем у недавно призванных.

3. Менее благоприятные медицинские исходы наблюдались у больных с очаговым гастритом и при наличии сопутствующих заболеваний, а также у лиц более пожилого возраста, с более длительным сроком заболевания, повторно госпитализировавшихся, прошедших большее число этапов эвакуации и в случаях поздней диагностики.

4. Медицинские исходы у больных гастритом к концу войны улучшились.

ГАСТРИТЫ У РАНЕНЫХ И КОНТУЖЕННЫХ

Вопрос о возникновении и течении гастрита у раненых и контуженных является частью большой проблемы развития и течения у них заболеваний внутренних органов. Еще в прежние войны врачи отмечали влияние боевой травмы на организм, на психические и соматические функции человека. Это влияние имел в виду Н. И. Пирогов, когда говорил, что травма поражает весь организм в большей степени, чем это себе обычно представляют. Однако только во время Великой Отечественной войны указанная проблема впервые подверглась систематическому изучению, причем наибольшее внимание было уделено самому частому и важному осложнению ранений — пневмониям.

Гастриты уступают пневмониям по частоте и влиянию на течение и исход ранений. Общее состояние раненых сравнительно мало ухудшалось от присоединения гастрита, во всяком случае меньше, чем при появлении пневмонии, нефрита, язвенной болезни и т. д., и потому врачи относились к нему менее пестороженно. Не подлежит сомнению, что гастрит выявлялся далеко не во всех случаях. Между тем в части случаев у раненых ставился диагноз гастрита там, где имелось другое заболевание желудка; в другой части случаев диагноз гастрита ставился потому, что у раненых появлялись отдельные диспептические симптомы.

При наличии ранения или контузии трудности распознавания гастрита возрастают, ибо у раненых и контуженных клиническая картина желудочного страдания более или менее затупевана, а детальное обследование не всегда возможно. Особенно трудно у них дифференцировать гастрит от функциональных нарушений желудка, и не исключена возможность, что в ряде случаев диагностированного гастрита у части больных имелись функциональные заболевания желудка.

Изучение особенностей гастрита у перенесших боевую травму проводилось на основе данных, в которых представлены ранения (62,3%) и контузии (37,7%). В группу ранений входят повреждения черепа (25,4%), лица (11,2%) и мягких тканей (25,7%), главным образом бедра. Ранения брюшной полости пришлось исключить из-за трудности выделения при этих ранениях симптомов гастрита; по этой же причине были исключены ранения мочеполовых органов, позвоночника и грудной клетки.

Тяжелая боевая травма отмечена в 9,4%, легкая — в 90,6%. Объясняется это тем, что появление гастрита у тяжело раненого (или контуженного) остается незамеченным, так как симптомы гастрита скрываются за тяжестью ранения (или контузии). Кроме того, следует учесть разницу в питании у тяжело и легко раненых.

Количество контуженных в приведенных материалах относится к количеству раненых, как 1 : 1,65. Учитывая соотношение между контузиями и ранениями, можно заключить, что контузии сопровождалась появлением симптомов гастрита относительно чаще, чем ранения; такое же впечатление создается при изучении историй болезни больных гастритом, в анамнезе которых перенесенные контузии отмечены чаще, чем ранения.

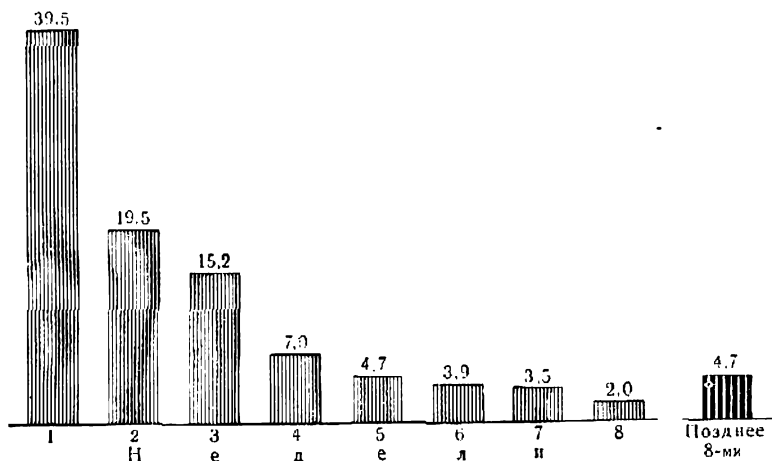


Рис. 17. Сроки выявления гастрита после боевой травмы.

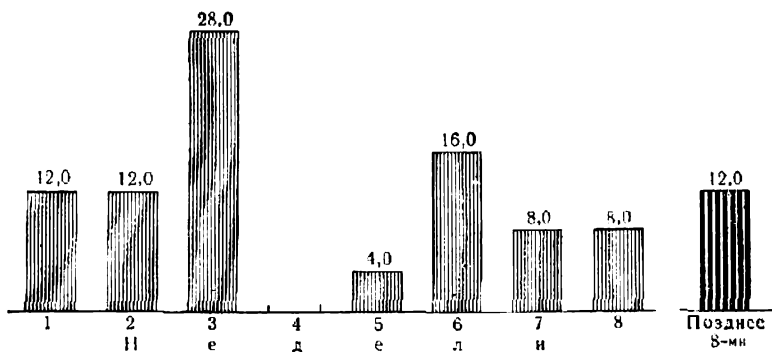


Рис. 18. Сроки выявления гастрита у тяжело раненых и контуженных.

В материал разработки не включены раненые и контуженные, болевшие гастритом перед ранением или незадолго до него. У 43,5% в прошлом отмечен гастрит, однако перед самым ранением они были здоровы; у 56,5% гастрита в анамнезе не было.

Для суждения об особенностях симптоматики и течения гастрита при боевой травме обе группы (ранее болевших и ранее не болевших) объединены, так как условия появления гастрита были у них одинаковы. Кроме того, в случаях отсутствия в анамнезе гастрита нельзя исключить наличия в прошлом скрытого, бессимптомного гастрита, выявившегося в результате провоцирующего воздействия боевой травмы.

Несомненный интерес представляет вопрос о сроках выявления гастрита после боевой травмы; эти данные приведены на рис. 17.

В течение первой недели гастрит выявился у 39,5% заболевших. Во вторую, третью и четвертую неделю этот процент снижается. В общем в течение первого месяца после ранения гастрит развился у 81,2% раненых, в течение второго месяца — у 14,1%, позже двух месяцев — у 4,7%. Следовательно, в большинстве случаев гастрит возникал в ранние сроки после ранения.

На рис. 18 приведены сроки выявления гастрита у тяжело раненых и контуженных, а на рис. 19 — у легко раненых и контуженных.

У тяжело раненых гастрит выявлялся после улучшения состояния раненого, чем объясняются более поздние сроки распознавания заболевания.

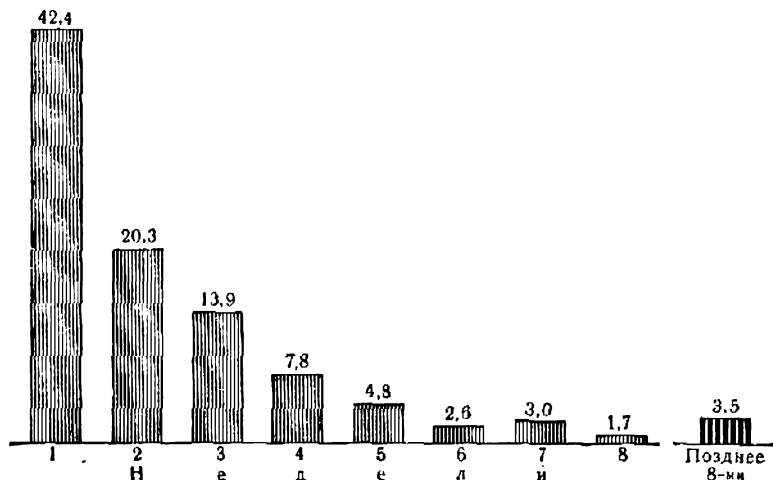


Рис. 19. Сроки выявления гастрита у легко раненых и контуженных.

Сопоставление сроков выявления гастрита у контуженных и раненых указывает на более раннее проявление его у заболевших после контузий. Например, в группе контуженных заболели в первую неделю 51,0%, в группе раненых — 32,3%. Такие же соотношения получаются при сопоставлении случаев обострения гастрита после контузий и ранений у ранее болевших и возникновения гастрита у ранее не болевших.

После ранения мягких тканей бедра, туловища и пр. (кроме черепа и лица) гастрит проявляется несколько позднее, распределяясь почти равномерно в течение первых трех недель; однако на первый месяц приходится приблизительно тот же процент, какой свойственен прочим ранениям.

При ранении черепа (костей и мягких тканей) отмечается более быстрое проявление признаков заболевания гастритом.

Наконец, представляет интерес сравнение сроков выявления гастрита у ранее болевших (рис. 20) и ранее не болевших (рис. 21).

Оказалось, что среди ранее болевших гастритом в течение первой недели гастрит выявлялся в 50,9% случаев, среди ранее не болевших — в 30,0%.

В порядке гипотезы можно выдвинуть следующие наиболее вероятные факторы развития гастрита в результате боевой травмы:

- 1) ранение и травма желудка или его нервных связей;
- 2) повреждение жевательного аппарата;
- 3) нарушение функциональной деятельности кишечника и печени;
- 4) всасывание продуктов раневого распада и общие нарушения обмена, связанные с ранением или контузией;

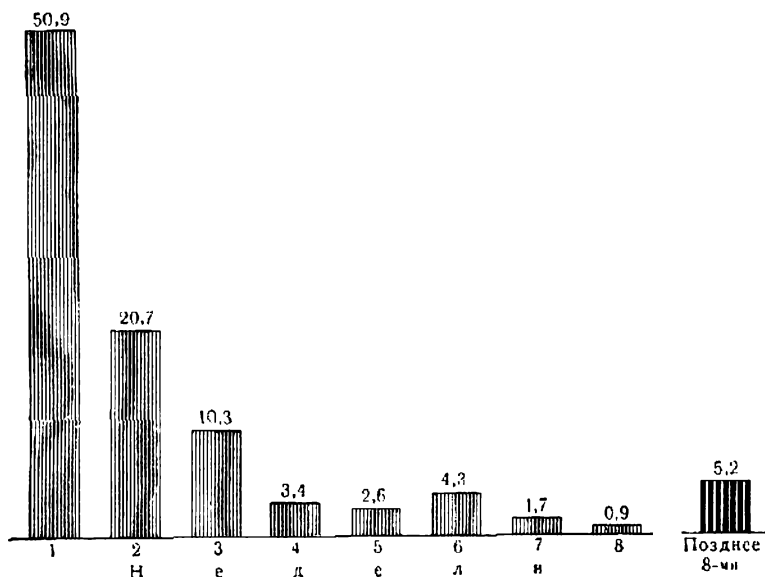


Рис. 20. Сроки выявления гастрита у раненых и контуженных, ранее болевших гастритом.

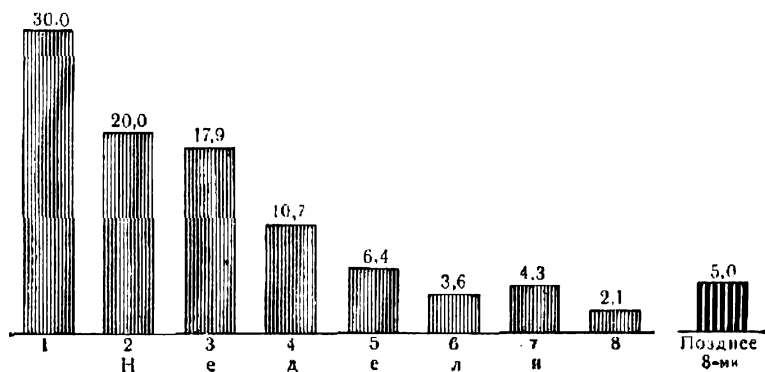


Рис. 21. Сроки выявления гастрита у раненых и контуженных, ранее не болевших гастритом.

- 5) рефлекс с раны или ее окружности;
- 6) нарушения нервно-психической сферы.

Жалобы на боли при гастрите отмечены у всех без исключения раненых и контуженных, причем тупые боли (ноющего характера, чувство давления и тяжести) наблюдались вдвое чаще острых (режущих, схваткообразных). В 70,8% боль ощущалась в подложечной области, в 23,9% —

в верхней половине живота и в 5,3% — в других областях. У $\frac{1}{3}$ больных боли были постоянными, а у $\frac{2}{3}$ появлялись после еды, причем значительно чаще это были ранние боли. Поздние боли отмечались лишь у незначительного количества больных; ни в одном случае не было голодных или ночных болей.

Из диспептических симптомов чаще всего отмечалась изжога (50,1%), затем отрыжка (45,3%), рвота (40,2%) и тошнота (39,5%). Стойкость симптомов соответствовала их частоте: более длительное время держалась изжога и быстрее исчезала тошнота.

У некоторых контуженных рвота возникала без предшествующей тошноты, что свойственно «нервной рвоте» или «привычной рвоте», зависящей от повышенной возбудимости рвотного центра.

Изжога наблюдалась не только при повышенной, но и при нормальной и пониженной кислотности. Отрыжка у 20,3% больных была без вкуса и запаха, у 7,7% отмечалась «кислая» отрыжка, у 15,4% — «тухлая» и у 1,9% — «горькая».

Нормальная упитанность наблюдалась у 70,9%, хорошая — у 12,4%, пониженная — у 16,7% больных. Эти данные гораздо выше показателей упитанности терапевтических больных с диагнозом хронического гастрита, что можно объяснить различной давностью гастрита — сравнительно свежего у раненых и контуженных и более или менее давнего у терапевтических больных.

У $\frac{1}{3}$ больных язык был чистый, у $\frac{2}{3}$ — обложенный. Болезненность при пальпации имела у 87,3% больных; в значительном большинстве случаев она была ограниченной и локализовалась в подложечной области (63,6%); в 23,7% болезненность была разлитой и отмечалась в верхней половине живота, в правом подреберье, в других областях или, редко, по всему животу.

Наличие мышечного напряжения наблюдалось у 6,8% больных, чаще оно было незначительным, изредка умеренным. Локализовалось мышечное напряжение, как правило, в подложечной области.

Нормальный стул отмечен у 58,3% больных, кашицеобразный — у 2,2%, жидкий — у 13,5%; у 9,1% больных имела склонность к запору, у 10,0% — запоры и у 6,9% поносы чередовались с запорами. В общем жидкий и кашицеобразный стул имел место у 22,6% больных.

Нормальная кислотность наблюдалась у 17,7% больных, повышенная — у 39,5%, пониженная при наличии свободной соляной кислоты — у 11,6%, пониженная при отсутствии свободной соляной кислоты — у 22,3% и ахилия — у 8,9%.

Повышенное количество слизи в желудочном содержимом имелось в 42,3% случаев, положительная реакция на кровь — в 22,8%.

Рентгеноскопия желудка была произведена у $\frac{1}{3}$ больных. В половине случаев были обнаружены изменения рельефа слизистой в виде грубых, утолщенных складок; в небольшой части определялись тонкие складки слизистой. Кроме того, нередко отмечались нарушения перистальтики, эвакуации и тонуса либо в сторону повышения, либо в сторону понижения.

В табл. 27 приводится частота отдельных симптомов гастрита у раненых и контуженных и у терапевтических больных во время Великой Отечественной войны (в процентах).

Приведенные данные показывают, что гастрит, возникший или обострившийся в результате боевой травмы, отличался большей частотой болей,

Таблица 27

Частота отдельных симптомов гастритов у раненых, контуженных и терапевтических (в процентах)

Симптомы	Гастрит у раненых и контуженных	Гастрит у терапевтических больных
Боль	100,0	97,5
в том числе постоянная	32,9	24,4
Изжога	50,1	57,5
Отрыжка	45,3	63,0
Рвота	40,2	65,9
Тошнота	39,5	55,2
Плохой аппетит	37,7	42,7
Мышечное напряжение брюшной стенки	6,8	12,2
Пониженная кислотность	42,8	32,1
в том числе отсутствие свободной соляной кислоты	31,2	20,1
Жидкий и кашицеобразный стул	22,6	19,6
Запоры	10,0	12,6

особенно постоянных, выраженным понижением кислотности желудочного содержимого, вплоть до ее отсутствия, незначительным учащением жидкого и кашицеобразного стула; в то же время гастрит у раненых и контуженных гораздо реже сопровождался диспептическими симптомами, особенно рвотой, отрыжкой; значительно реже при нем отмечалось мышечное напряжение брюшной стенки.

В табл. 28 представлена частота симптомов гастрита в группе раненых и контуженных.

Как видно из табл. 28, при гастрите у контуженных чаще встречалась тошнота, рвота, плохой аппетит, обложенный язык, мышечное напряжение брюшных стенок, запоры; у раненых чаще наблюдалась изжога и жидкий стул.

Таблица 28

Частота отдельных симптомов гастритов в группе раненых и контуженных (в процентах)

Симптомы	Раненые	Контуженные
Изжога	55,8	40,4
Тошнота	34,9	47,1
Рвота	35,5	48,1
Плохой аппетит	33,6	44,8
Обложенный язык	55,3	75,0
Мышечное напряжение	4,1	7,7
Жидкий и кашицеобразный стул	24,5	19,5
Запоры	15,4	25,3

Кислотность желудочного содержимого в обеих группах была почти одинаковой (табл. 29).

Для иллюстрации обострений или возникновения гастрита после боевой травмы приведем две краткие выдержки из истории болезни.

Таблица 29

**Кислотность желудочного содержимого при гастритах
в группах раненых и контуженных (в процентах)**

Кислотность желудочного содержимого	Раненые	Контужен- ные
Нормальная	18,2	16,7
Повышенная	39,4	39,7
Пониженная при наличии сво- бодной соляной кислоты	11,7	11,5
Пониженная при отсутствии сво- бодной соляной кислоты	30,7	32,1

Пр-в И. С., 1913 года рождения, в сентябре 1941 г. получил контузию при разрыве бомбы, потерял сознание на 3 часа. Через 4 дни после контузии появились режущие боли в подложечной области, затем присоединилась отрыжка, изжога и тошнота. Аппетит оставался удовлетворительным; стул иногда был жидким. Больной несколько лет назад болел гастритом.

Объективно: общее питание хорошее, язык чистый, живот мягкий, болезненный при пальпации в подложечной области. Со стороны стула отмечено чередование поносов и запоров. Желудочное содержимое: кислотность 8/0, слизь + + +. **При рентгеноскопии:** желудок разворачивается по гипертоническому типу, перистальтика сначала возбужденная, временами сегментирующая, затем вялая, рельеф слизистой грубый, луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы, несколько подтянута к малой кривизне. Через 1 час 10 минут в желудке около $\frac{2}{3}$ контрастной массы. Петли тонкой кишки заполнены неравномерно, отдельные петли расширены, рельеф их слизистой грубый. Через 24 часа тонкий кишечник пуст; толстый заполнен в поперечном отделе равномерно, гаустрация выражена плохо. Нисходящий отдел заполнен в виде отдельных тяжей без гаустрации.

Др-в В. И., 1925 года рождения, в феврале 1945 г. получил контузию и касательное осколочное ранение мягких тканей лица. Через 2 недели появились боли в подложечной области, ухудшился аппетит. Боли не были связаны с приемом пищи и не сопровождались диспепсическими явлениями.

До этой контузии и ранения гастритом не болел. Заболеванию связывает с контузией.

Объективно: питание удовлетворительное, язык слегка обложен, живот втянут, при пальпации болезнен в подложечной области. Желудочное содержимое: кислотность 30/12, слизь + + +. **При рентгеноскопии:** желудок нормотонического типа, контуры четкие, перистальтика живая, рельеф слизистой грубый, извилистый.

Из приведенных выдержек видно, что у первого больного в результате боевой травмы наступило обострение гастрита. Второй больной раньше гастритом не болел, и возникшее у него заболевание следует рассматривать как свежее, вызванное контузией.

В отечественной литературе периода Великой Отечественной войны имеется ряд работ, касающихся состояния функций желудка у раненых и контуженных. Р. А. Лурия отмечал у раненых с сопутствующими желудочными заболеваниями боли в подложечной области и нарушения пищеварения, зависящие, по его мнению, от вегетативно-эндокринных расстройств и психоневрозов; у некоторых раненых эти ощущения фиксировались и симулировали язву желудка, гастрит и пр. М. А. Волин при травмах центральной нервной системы наблюдал тошноту, рвоту, поносы, запоры, вздутие живота, боли, отсутствие аппетита или, наоборот,

волчий аппетит. В некоторых случаях под влиянием травмы наступало обострение желудочного заболевания или появлялся ряд новых симптомов: упорные рвоты, повышение температуры и т. д.

Те или иные изменения со стороны пищеварительного аппарата отмечала В. Э. Успенская при травмах головы и П. Н. Мазаев — при контузии органов брюшной полости.

При исследовании желудочной секреции у больных с огнестрельным остеомиелизитом отмечено ее понижение, причем передко соляная кислота вовсе отсутствовала. По мере улучшения остеомиелизитического процесса желудочная секреция возвращалась к норме. Угнетение желудочной секреции у раненых с нагноительными процессами отметил А. Я. Губергрид. По данным М. А. Волина, при травмах центральной нервной системы кислотность чаще была повышенной; В. Г. Вогралик, производивший исследование желудочной секреции через 1½—3 месяца и больше после ранения, нашел повышение секреции у перенесших закрытую травму головы или воздушную контузию и понижение ее при гнойных ранах в соответствии с тяжестью травмы и степенью интоксикации.

Изучение историй болезни периода Великой Отечественной войны позволяет сделать некоторые выводы, которые следует, однако, принять с осторожностью, учитывая значительные трудности установления диагноза гастрита у раненых и контуженных:

1. Ранения и контузии могут вести к обострению или возникновению гастрита. Относительно чаще гастрит выявлялся у легко раненых и контуженных.

2. Симптомы гастрита проявлялись преимущественно в ранние сроки после боевой травмы (первая-вторая неделя), несколько раньше у контуженных и болевших гастритом в прошлом.

3. Дифференциация гастрита у раненых и контуженных от чисто функциональных нарушений представляла большие трудности, особенно в случаях свежего заболевания (при отсутствии гастрита в прошлом).

4. К особенностям гастрита при боевой травме относились: наличие болей у всех больных, в том числе постоянных болей у 32,9%, понижение кислотности желудочного содержимого и меньшая выраженность диспептических симптомов.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ГЛАВА I

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РОССИИ В XIX И НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЯ

Первое классическое описание язвы желудка относится к периоду 1829—1835 гг. В исторических исследованиях, излагающих вопросы организации врачебной помощи и заболеваемости в русской армии во время Отечественной войны 1812 г., русско-турецкой войны 1828—1829 гг., крымской войны 1854—1856 гг. и русско-турецкой войны 1877—1878 гг., а также в периодической литературе этого времени совершенно нет упоминаний о заболеваемости военнослужащих в упомянутых войнах язвой желудка. Участник русско-турецкой войны 1877—1878 гг. великий русский клиницист С. П. Боткин указывал, что язва желудка в Петербурге вообще встречается чрезвычайно редко. В 70-х годах прошлого столетия в клиниках Военно-медицинской академии наблюдалось по одному случаю язвы желудка и то не каждый год. Редкость язвы желудка среди гражданского населения России в 70—80-х годах прошлого столетия находила подтверждение не только в клинических наблюдениях, но и в патологоанатомических исследованиях. В Обуховской больнице на 900 секций только в одном случае была обнаружена язва желудка. В Александровской больнице на 6 000 вскрытий язва желудка установлена в 3 случаях.

Заболевание это даже в наиболее квалифицированных лечебных учреждениях диагностировалось редко. Среди 156 566 терапевтических больных, лечившихся в петербургских больницах в конце прошлого века, язва желудка была установлена в 66 случаях, что составляло 0,04% ко всем больным. В мужской Обуховской больнице за 1905—1909 гг. среди 93 944 терапевтических больных язва желудка была обнаружена в 66 случаях, или в 0,07% ко всем больным мужского пола. На патологоанатомическом материале той же больницы из 5 922 секций язва желудка была установлена в 61 случае, т. е. несколько больше чем в 1,0% случаев. Следовательно, имелось значительное расхождение между клиническими и секционными данными.

Свидетельствуют ли приведенные данные о том, что язва желудка действительно являлась в то время исключительно редким заболеванием, или они отражают только сравнительную редкость его распознавания? Имеются основания предполагать последнее. Необходимо учесть, что в то время язва желудка диагностировалась лишь при наличии весьма

яркой клинической картины заболевания, для которой требовалась классическая триада симптомов: боли, рвота, кровотечение. Кровавая рвота считалась важнейшим признаком язвы и в начале XX столетия. В руководствах этого периода в разделах о симптоматологии язвы желудка можно найти указания, что кровавая рвота наблюдается в $\frac{1}{3}$ случаев язвенной болезни и даже чаще. Представление о столь высокой частоте кровавой рвоты при язве желудка может свидетельствовать о том, насколько редко при отсутствии этого симптома ставился диагноз. Если в настоящее время кровавая рвота и перфорация рассматриваются как осложнение язвенной болезни, то в прошлом столетии кровавая рвота считалась одним из главных проявлений язвенного процесса в желудке, а перфорация считалась одним из главных признаков язвы двенадцатиперстной кишки.

Из изложенного становится понятным, почему язвенная болезнь не нашла отражения в статистике, касающейся санитарных потерь в русской армии в войну 1904—1905 гг., а также в периодической медицинской литературе того времени.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что возможности клинической диагностики язвенной болезни в XIX столетии были весьма ограничены, что язва желудка значительно чаще распознавалась на вскрытии.

В начале XX века значительное влияние на развитие учения о язвенной болезни оказало открытие рентгеновых лучей и широкое развитие полостной хирургии. Введение точных методов рентгенооскопии и рентгенграфии желудочно-кишечного тракта ознаменовалось крупными достижениями в разработке клиники и диагностики язвенной болезни, что повлекло за собой более частое диагностирование язв. Язва желудка становится сравнительно широко распространенным заболеванием. В частности, на 1-м съезде русских терапевтов (1909) проблема круглой язвы желудка была программной темой съезда и рассматривалась на совместном заседании терапевтов и хирургов.

Выступая по вопросу о патогенезе и лечении круглой язвы желудка, В. П. Образцов указал на учащение этого заболевания в России. Основываясь на опыте своей 34-летней врачебной деятельности, он отметил постепенное увеличение числа больных язвой желудка в России за первые 5—10 лет XX столетия. На том же съезде К. М. Сапежко в докладе о хирургическом лечении несложившейся круглой язвы указывал, что язва желудка является в высшей степени распространенным заболеванием и что ею страдает примерно 5,0—10,0% населения всего земного шара. Однако диагноз язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и в дальнейшем ставился очень редко. Некоторое представление о состоянии диагностики в этот период дает выступление Вестфалена на том же съезде. Он указывал, что диагноз им ставился на основании следующих симптомов: боли, рвота, кровавый стул и кровавая рвота, повышенная кислотность и ряд местных явлений. Эти признаки, по представлению докладчика, были необходимы для того, чтобы отличить язву желудка и двенадцатиперстной кишки от гиперсекреции и повышенной кислотности на нервной почве. Приведенные данные указывают на еще сохранившиеся в то время представление о функциональных заболеваниях и неврозах желудка, отвлекающее врачей от точной диагностики органических поражений последнего. За картиной секреторных, двигательных и чувствительных неврозов, за диагнозом нервной диспепсии, гастродуоденита и т. д. в большинстве случаев скрывалась дуоденальная или пептикорическая язва. Следует отметить, что уже на 2-м съезде русских терапевтов в 1910 г. М. И. Певзнер налагал вопросы симптоматологии и терапии язвы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, к началу первой мировой войны 1914—1918 гг. среди гражданского населения России наблюдалось совершенно отчетливое увеличение числа больных язвой желудка. К этому времени были достиг-

путы уже некоторые успехи в рентгенодиагностике язвы желудка; было установлено диагностическое значение ниши; однако последнюю находили сравнительно редко и рассматривали как признак непетрирующей язвы.

Несовершенство диагностики в это время иллюстрируется клинико-анатомическими параллелями. Так, по данным М. Д. Кузнецова, в Петропавловской больнице Петрограда за 1914—1919 гг. на 133 случая установленной на секции язвы желудка последняя была rozpoзнана при жизни только у 33 больных.

Изучение периодической литературы этого времени показывает, что язва желудка и двенадцатиперстной кишки хотя и встречалась среди военнослужащих русской армии, но диагностировалась как катарр или невроз желудка.

Яркой иллюстрацией этого положения является статья старшего ординатора Московского госпиталя Д. И. Горчаренко, опубликованная в Военно-медицинском журнале за 1915 г. В этой статье, судя по описанию клинической картины, автор разбирает случай классической язвы желудка, но рассматривал это заболевание как невроз желудка. Д. И. Горчаренко указывал, что поврзсы желудка среди рядовых являются далеко не редкими страданиями, но эти больные регистрируются в госпитальной практике как больные с желудочно-кишечным катарром. Приведенный пример не только является иллюстрацией широко распространенного представления о неврозах желудка, но и служит косвенным показателем того, что язва желудка диагностировалась как катарр или невроз желудка.

Мировая война 1914—1918 гг. была первой войной, которая велась многомиллионными армиями, войной, во время которой было призвано почти все боепособное мужское население воевавших стран.

Сохранившиеся официальные данные не позволяют дать сколько-нибудь исчерпывающего ответа на вопрос о частоте заболеваний язвой желудка.

В сводных статистических отчетах о заболеваемости в русской армии во время первой мировой войны нет данных о язвенной болезни, как и вообще сколько-нибудь исчерпывающих и достоверных сведений о распространении внутренних болезней.

В периодической литературе по данному вопросу имеются лишь отдельные разрозненные сведения. Так, среди 70 755 больных, лечившихся в лазаретах Петроградского городского комитета Всероссийского союза городов с 1914 по 1917 г., было 157 больных язвой желудка, что составляет по отношению ко всем лечившимся больным 0,22%, а по отношению к больным с заболеваниями органов пищеварения (всего 6 317 больных) — 2,4%. Характерно, что в приведенной статистике упоминается только круглая язва желудка и совершенно нет данных о язве двенадцатиперстной кишки. Можно предположить, что фактическая заболеваемость язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в русской армии была гораздо выше, так как диагностические возможности были весьма ограниченными. Рентгенологический метод исследования к этому периоду был еще очень несовершенным, да и в армии было очень мало рентгеновских аппаратов. Своевременное распознавание язвенной болезни затруднялось тем, что ее клиника и особенно дифференциальная диагностика от неврозов были еще недостаточно разработаны, а потому у значительного числа лечившихся амбулаторно больных с неосложненной язвенной болезнью неправильно диагностировался катарр и невроз желудка. Если в нашем распоряжении нет достаточных статистических данных о широком распространении язвенной болезни среди военнослужащих, то не вызывает сомнения, что первая мировая

война обусловила резкий подъем заболеваемости язвенной болезнью среди гражданского населения. Рост больных был настолько значителен, что говорили даже об «эпидемии» язвенной болезни. Следует отметить, что рост этот не может быть сведен только к успехам диагностики. Р. А. Лурия по этому поводу пишет: «... надо сказать, между прочим, что война, несомненно, увеличила количество пептических язв не только потому, что успехи рентгенологии дали возможность диагностировать их значительно чаще и точнее, чем прежде, но и потому, что в тех огромных психоневрных травмах, которые вызвала война в самых широких массах, очевидно, был заложен какой-то источник образования язв желудка».

Значительно возросло число диагностированных случаев язвенной болезни в СССР в период гражданской войны 1918—1921 гг.

Язвенная болезнь становится одним из важнейших патологических процессов в группе заболеваний органов пищеварения.

Некоторые данные о распространении язвенной болезни среди гражданского населения в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне

Прежде чем говорить о частоте язвенной болезни у военнослужащих во время Великой Отечественной войны, следует рассмотреть вопрос о том, как часто встречалась она среди гражданского населения в годы, предшествовавшие войне.

Относящийся к этому материал разработан на основании статистических данных Ленинградского здравотдела о больных, находившихся на стационарном лечении в больницах Ленинграда с 1931 по 1939 г.

При анализе частоты язвенной болезни у гражданского населения особое внимание обращено на заболеваемость среди мужчин в возрасте 18—45 лет.

Современные терапевты, хирурги, патологоанатомы в нашей стране и за рубежом единогласно подчеркивают значительное преобладание язвенной болезни у мужчин. Среди больных язвенной болезнью, находившихся на стационарном лечении в больничных учреждениях Ленинграда с 1931 по 1939 г. включительно, мужчин было 83,6%, женщин — 16,3%. Таким образом, язвенная болезнь у мужчин встречалась в 5 раз чаще, чем у женщин. Примерно те же соотношения сохраняются при распределении язвенных больных в зависимости от различной локализации язвы (табл. 30).

Таблица 30

**Распределение язвенных больных по полу и локализации
язвы, по данным больниц Ленинграда, за период
с 1936 по 1939 г. (в процентах)**

	Мужчин	Женщин	Всего
Язва желудка	79,9	20,1	100,0
Язва двенадцатиперстной кишки	83,6	16,4	100,0
Итого . . .	81,5	18,5	100,0

Таким образом, независимо от локализации, язвенная болезнь среди женщин составляет 16,0—20,0% всех заболеваний язвой.

Эти данные, характеризующие распределение язвенных больных по полу, в общем соответствуют литературным указаниям и имеют значение при анализе частоты этого заболевания у военнослужащих во время войны. Для выяснения причин сравнительно широкого распространения язвенной болезни у военнослужащих не меньшее значение имеет анализ частоты язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от возраста. Большинство клиницистов отмечает, что язва чаще всего встречается в возрасте 25—40 лет. До достижения половой зрелости язвенная болезнь наблюдается редко. Распределение больных язвенной болезнью по возрасту (материалы больничных учреждений Ленинграда) показало, что на возрастные группы 20—50 лет приходилось 81,96% язвенных больных. Таким образом, на возрасты, обычно мобилизуемые во время войны в армию, приходится больше $\frac{4}{5}$ общего количества больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Данные о возрастном составе язвенных больных отражают только возраст больных, находившихся на стационарном лечении. Эти данные не характеризуют возраста, в котором возникло заболевание. Проведенный в этом направлении специальный анализ показал, что у 45,0% всех больных язвенная болезнь впервые обнаруживалась в возрасте до 30 лет и в 80,0% случаев — в возрасте до 40 лет. Эти данные вполне согласуются с исследованиями, согласно которым язвенная болезнь в 58,0% случаев возникает в возрасте до 30 лет и в 86,0% — в возрасте до 40 лет. Таким образом, среди возрастов, мобилизуемых во время войны, язвенная болезнь встречается наиболее часто, причем заболевания у них преимущественно первичные. Это обстоятельство должно быть учтено при анализе так называемых свежих язв желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающих на войне у военнослужащих.

В табл. 31 представлен процент язвенных больных ко всем госпитализированным, в зависимости от пола, по данным больничных учреждений Ленинграда.

Таблица 31

Процент язвенных больных ко всем госпитализированным

Год	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Мужчины	1,1	1,6	2,3	2,6	2,5	1,7	1,4	1,3	1,2
Женщины	0,26	0,3	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2

Как видно из табл. 31, больные язвенной болезнью среди всех госпитализированных больных мужского пола составляли 1,1—2,6%. Наиболее высокий процент язвенных больных приходился на 1933, 1934 и 1935 гг. В последующие годы процент язвенных больных среди всех госпитализированных больных неуклонно снижался, достигнув к 1939 г. 1,2. Интересно, что удельный вес язвенной болезни среди женщин отличался большей стабильностью.

Процент язвенных больных по отношению ко всем госпитализированным больным мужского пола, в зависимости от возраста, по данным

больничных учреждений Ленинграда, за 9 лет составляет: в возрасте до 19 лет — 0,41, 20—29 лет — 1,8, 30—39 лет — 3,6, 40—49 лет — 3,6, 50—59 лет — 2,7, 60—69 лет — 1,4, возраст не известен — 1,8; средний процент язвенных больных ко всем госпитализированным больным за 9 лет составлял 1,8. Таким образом, частота заболеваний увеличивается с возрастом, достигая максимума (3,6%) между 30 и 50 годами.

При сравнении этих сведений по гражданскому населению в возрасте 20—49 лет с опубликованными данными П. И. Егорова, характеризующими отношение язвенной болезни ко всем заболеваниям в Советской Армии во время Великой Отечественной войны, создается впечатление, что заболеваемость язвенной болезнью военнослужащих на войне в общем отражает частоту данного заболевания среди больных из гражданского мужского населения соответствующих возрастов.

Процент язвенных больных ко всем больным с заболеваниями органов пищеварения, в зависимости от пола, по отдельным годам представлен в табл. 32.

Таблица 32

Распределение язвенных больных, в зависимости от пола, по отдельным годам (в процентах ко всем больным с заболеваниями органов пищеварения)

Год	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Мужчины	6,7	7,9	11,1	11,1	12,6	9,5	7,6	6,7	5,0
Женщины	1,9	1,9	2,6	2,0	2,5	2,0	2,0	1,6	1,4

Из табл. 32 видно, что у мужчин язвенная болезнь среди всех заболеваний органов пищеварения составляет 5,0—12,6%. Следует отметить, что параллельно увеличению больных с заболеваниями органов пищеварения увеличивается число больных язвенной болезнью.

Процент язвенных больных мужского пола ко всем больным того же пола с заболеваниями органов пищеварения среди гражданского населения, по данным больницы Ленинграда, за 9 лет по различным возрастам составляет: до 19 лет — 2,33, от 20 до 29 лет — 8,33, 30—39 лет — 15,95, 40—49 лет — 17,65, 50—59 лет — 14,45, 60—69 лет — 9,05, возраст не известен — 10,3; средний процент больных ко всем госпитализированным больным с заболеваниями органов пищеварения за 9 лет составлял 8,89.

Отсюда видно, что частота язвенной болезни среди заболеваний органов пищеварения увеличивается с возрастом, достигая максимума в возрасте 40—50 лет (17,65%). Среди возрастных групп 20—50 лет язвенная болезнь составляла 8,33—17,65%.

Представляет интерес сопоставление этих данных с опубликованными материалами о месте язвенной болезни среди желудочно-кишечных заболеваний у военнослужащих во время Великой Отечественной войны. По данным П. И. Егорова, этот процент составил за первый год войны 29,1, за второй — 23,3, за третий — 20,9, за четвертый — 18,5; в среднем за 4 года войны — 22,9.

Приведенные данные о сравнительно высоком проценте язвенных больных среди мужчин в возрасте 20—50 лет делают понятным значительное увеличение язвенных больных в армии с призывом лиц из запаса и резерва.

Из приведенных таблиц, в которых представлено распределение язвенной болезни по годам, видно, что к моменту второй мировой войны язвенная болезнь была сравнительно распространенным заболееванием. Статистические данные о выраженном росте числа язвенных больных среди больных с заболееваниями органов пищеварения за последние 25—30 лет, в частности, за период от первой до второй мировой войны, не вызывают сомнений. Однако это увеличение объясняется не столько распространением язвенной болезни, сколько улучшением диагностики в оборудованных лечебных учреждениях, общедоступностью медицинской помощи в нашей стране и приближением ее к населению.

По патологоанатомическим данным из различных городов СССР частота случаев язвенной болезни незначительно изменялась (табл. 33).

Таблица 33

Процент язвенной болезни по патологоанатомическим данным

Годы	Город	Процент язвенных больных	Примечание
1923—1927	Москва } сводная	1,17	Как основное заболеевание у всех взрослых
1928—1932	Москва } статистика	1,7	
1932—1936	Ленинград, сводная статистика	1,06	Как основное заболеевание всех вскрытий
—	Ростов-на-Дону » »	2,7	То же
1934—1941	Горький, областная больница	2,5	» »

Незначительная изменчивость статистических данных, касающихся частоты язвенной болезни на секционном материале, и резкое увеличение язвенной болезни по клиническим данным указывают на то, что истинное число язвенных больных за последние годы изменилось незначительно, но диагностика язвенной болезни значительно улучшилась и в связи с этим резко возросло число диагностированных при жизни случаев язвенной болезни.

В санитарно-статистических отчетах и в периодической литературе, касающейся заболееваемости в русской армии во время войн XIX и начала XX столетия (включая русско-японскую войну 1904—1905 гг.), язва желудка совершенно не упоминается. В клинических и патологоанатомических статистиках XIX и начала XX столетия, касающихся частоты язвенной болезни среди гражданского населения, учитывалась только язва желудка; о язве двенадцатиперстной кишки совершенно или почти не упоминается. Таким образом, в XIX и начале XX столетия господствовало представление о язве как о болезни только желудка. Имеются основания утверждать, что статистические данные о частоте язвенной болезни в прошлом столетии отражают не истинную частоту язвенной болезни, а только сравнительную редкость распознавания этого заболеевания. В первые десятилетия XX века в связи с улучшением диагностики язвенной болезни последняя начинает выявляться (диагностироваться) у военнослужащих во время первой мировой войны. Истинная частота (распространение) язвенной болезни устанавливается лишь после первой мировой войны в результате огромных успехов диагностики, тщательного и всестороннего изучения клиники заболеевания, особенно язвы

двенадцатиперстной кишки. Улучшение диагностики язвенной болезни, повышение качества работы советских органов здравоохранения, бесплатная, общедоступная для широких народных масс медицинская помощь — все это позволило установить истинную частоту язвенной болезни, что имеет исключительно большое практическое значение.

Так как частота язвенной болезни среди всех заболеваний, в том числе и среди болезней органов пищеварения, значительно выше у мужчин, чем у женщин, и достигает максимума у мужчин в возрасте 25—45 лет, проблема язвенной болезни приобрела особую актуальность в военное время.

Сопоставление процента болезней органов пищеварения и язвенной болезни среди всех заболеваний у гражданского населения с опубликованными в литературе данными об удельном весе этих патологических процессов у военнослужащих во время Великой Отечественной войны позволяет предполагать, что заболеваемость язвенной болезнью у военнослужащих во время войны в общем отражала частоту этого патологического процесса у больных соответствующих возрастов среди гражданского мужского населения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Среди всех заболеваний внутренних органов болезни органов пищеварения занимали одно из ведущих мест почти на всех этапах эвакуации. В этом отношении почти не было никакого различия между войсковым, армейским и фронтовым районом. Отчетливо изменялось лишь соотношение между отдельными позологическими формами, в зависимости от района, этапа эвакуации, года войны.

Язвенная болезнь представляла яркий пример подобных изменений удельного веса среди всех заболеваний внутренних органов и органов пищеварения на различных этапах эвакуации. Это понятно, так как язвенные больные, требовавшие специального клиничко-рентгенологического и лабораторного обследования, соответствующего диететического режима и более или менее длительного лечения, сосредоточивались в госпиталях соответствующих ГБА, ФЭП, МЭП.

Как видно из рис. 22, в МСБ число язвенных больных по отношению ко всем больным с желудочно-кишечными заболеваниями колебалось на протяжении войны от 6,0 до 8,8%; в ППГ их удельный вес был выше и составлял 10,1—14,0%, а в госпиталях ФЭП число язвенных больных достигало 21,3—24,6%.

Частота язвенной болезни среди всех терапевтических заболеваний представлена на рис. 23.

Те же результаты получаются при изучении процента язвенной болезни по отношению ко всем заболеваниям в армейском и фронтовом районе по данным Западного фронта (рис. 24).

Из приведенных данных видно, что количество язвенных больных было большим во фронтовом районе, чем в армейском и войсковом.

Процентное отношение язвенной болезни к другим заболеваниям на различных этапах эвакуации представляется следующим: в армейском районе, по данным М. В. Толчинского (армейский эвакогоспиталь),

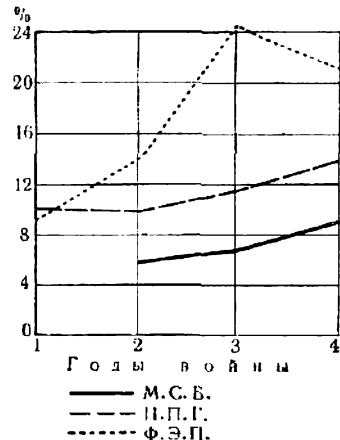


Рис. 22. Отношение язвенной болезни в процентах ко всем желудочно-кишечным заболеваниям на различных этапах эвакуации Ленинградского фронта (по П. И. Егорову).

среди желудочно-кишечных больных было 9,9% больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

По материалам И. В. Лебедева, в одном эвакуогоспитале язвенные больные составляли 12,0—13,0% терапевтических больных. В другом

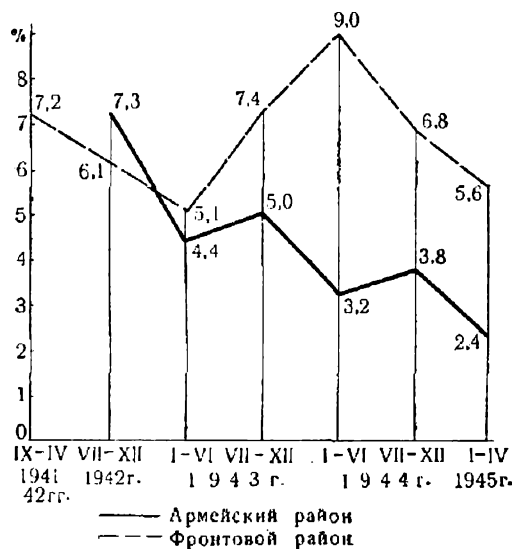


Рис. 23. Отношение язвенной болезни в процентах в армейском и фронтовом районе ко всем заболеваниям внутренних органов по Калининскому и 1-му Прибалтийскому фронту (по П. И. Егорову).

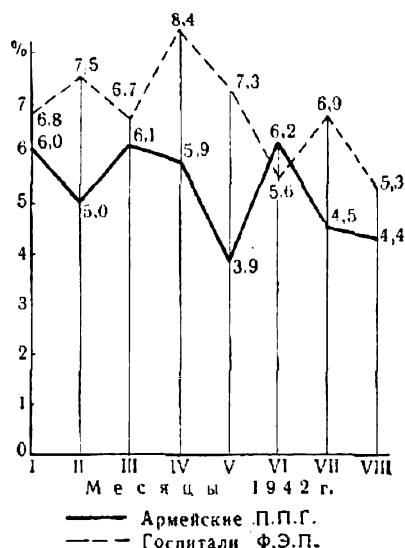


Рис. 24. Отношение язвенной болезни в процентах ко всем болезням по месяцам на различных этапах эвакуации Западного фронта (по П. И. Егорову).

эвакуогоспитале число язвенных больных составляло 8,07% общего числа терапевтических больных, а по отношению ко всем заболеваниям пищеварительного аппарата по госпиталям отдельных эвакуопунктов колебалось от 14,6 до 40,0%.

Естественно, что столь высокий процент язвенных больных в системе лечебных учреждений ФЭП, МЭП позволяет считать язвенную болезнь одной из важнейших военно-медицинских проблем во фронтовом и тыловом районе. В этих районах была выполнена основная масса работ, посвященных частоте, клинике, особенностям возникновения и течения язвенной болезни военного времени.

Следует отметить, что актуальность проблемы гастрита и язвенной болезни — двух основных заболеваний желудка — была различной в войсковом и армейском районе, с одной стороны, и фронтовом и тыловом районе — с другой. В войсковом и частично в армейском районе в силу относительно высокого удельного веса гастрита он привлекал большое внимание; во фронтовом и тыловом районе, где сосредоточивалась основная масса язвенных больных, особое внимание привлекала язвенная болезнь.

С этой точки зрения важным является выяснение соотношения числа госпитализированных язвенных больных на различных этапах эвакуации и установление первого этапа госпитализации этих больных (рис. 25).

Из приведенных данных видно, что язвенные больные концентрировались в лечебных учреждениях фронтового и тылового района. Кроме того, как показал специальный анализ вопроса о районе поступления язвенных больных (на первый этап эвакуации), около половины этих больных поступали из тыловых и фронтовых учреждений и частей.

Концентрация язвенных больных в лечебных учреждениях фронтового и тылового района иллюстрируется также тем, что в лечебных учреждениях ФЭП закончилось лечение или определенлся исход у 29,4% больных язвой желудка и у 29,8% больных язвой двенадцатиперстной кишки, а в эвакуогоспиталях МЭП — соответственно у 50,0 и 52,4%.

Распределение больных по локализации язвы по данным историй болезни представлено в табл. 34.

Кроме того, среди язвенных больных выделены следующие группы:

1) больные с перигастритом и перидуоденитом — 1,8%; 2) с рубцово-язвенными изменениями (степоз привратника) — 1,8%; 3) оперированные по поводу язвы — 3,7%.

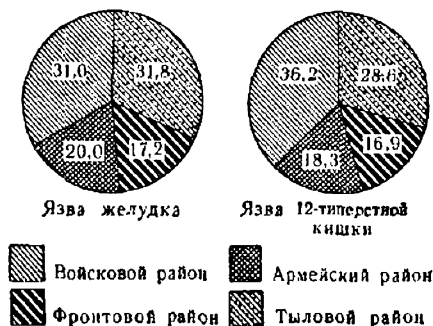


Рис. 25. Распределение (в процентах) больных язвенной болезнью по этапам эвакуации за четыре года войны (за 100 принято поступление больных с каждой клинической формой язвенной болезни на все этапы эвакуации).

Таблица 34

Распределение больных по анатомическим формам язвенной болезни и по локализации язвы (в процентах)

Анатомические формы	%
Язва желудка	49,9
Язва двенадцатиперстной кишки	46,2
Множественные язвы	1,4
Язвы неустановленной локализации	2,5
Итого . . .	100,0

Как видно из табл. 34, язва желудка встречалась несколько чаще язвы двенадцатиперстной кишки. Однако это преобладание было незначительным. Соотношение язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки (суммарно за 4 года войны) составило 1,07 : 1,0.

Множественные язвы, т. е. язвы с одновременной локализацией в желудке и двенадцатиперстной кишке или со множественной локализацией в одном из этих органов, были обнаружены у 1,2% язвенных больных.

Необходимо отметить, что частота множественных язв при язвенной болезни во время войны не превышала таковой в довоенный период. Подтверждение этому можно найти в литературных данных, опубликованных во время Великой Отечественной войны.

В 2,5% случаев локализация язвы не была выяснена. Это, повидимому, были случаи так называемой «язвенной болезни без язвы», т. е. язвенной болезни без рентгенологически установленной ниши. Вопрос о том, относится ли это заболевание к очаговому, болевому, антральному гастриту или к язвенной болезни без наличия выраженного дефекта ткани, еще окончательно не решен.

Выше, при анализе частоты очагового гастрита, указывалось, что небольшой процент подобных больных, возможно, связан с тем, что часть их была отнесена к страдающим язвенной болезнью. Это предположение обосновано тем, что ограниченный эрозивный гастродуоденит в ряде случаев дает клиническую картину язвенной болезни вплоть до явных кровотечений. Поэтому разграничение этого заболевания от язвенной болезни является иногда очень затруднительным. Вполне понятно, что в части случаев это заболевание врачами было отнесено к язвенной болезни, в части — к болевому гастриту язвенного типа.

Приведенные выше суммарные данные за весь период Великой Отечественной войны о соотношении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки позволяют до некоторой степени уточнить вопрос о том, является ли язвенная болезнь военного времени преимущественно желудочной или же она чаще возникает в двенадцатиперстной кишке.

Данные, основанные на анализе наблюдений во время Великой Отечественной войны, опровергают мнение о значительном преобладании у военнослужащих язвы желудка по сравнению с язвой двенадцатиперстной кишки. Соотношение этих клинических форм язвенной болезни суммарно за весь период Великой Отечественной войны было почти одинаковым.

Не подтверждается также представление об относительном росте язвы желудка по сравнению с язвой двенадцатиперстной кишки у военнослужащих во время войны сравнительно с соотношениями, имевшимися у больных язвенной болезнью среди гражданского населения в довоенный период.

Выше (см. табл. 30) были приведены данные о соотношениях между язвой желудка и двенадцатиперстной кишки у мужчин в довоенный период, составлявшие 1,4 : 1,0.

Во время Великой Отечественной войны рост заболеваний язвой двенадцатиперстной кишки по сравнению с язвой желудка виден при анализе соотношений этих клинических форм по годам войны (рис. 26).

Из рис. 26 видно, что процент больных язвой желудка в первом году войны составил по отношению к поступлению за четыре года Великой Отечественной войны 20,3. Во втором году этот процент повысился до 26,7, в третьем — остался без изменений, а в четвертом — несколько снизился по отношению к первому году Великой Отечественной войны.

Совершенно иные соотношения получаются при изучении язвы двенадцатиперстной кишки. Удельный вес дуоденальной язвы в первом году войны по отношению ко всем поступлениям за четыре года составил 13,0%, во втором году — 23,8% (увеличение почти вдвое), в третьем — 30,6%, в четвертом — 32,6%. Таким образом, удельный вес язвы двенадцатиперстной кишки в процессе войны непрерывно увеличивался и к четвертому году увеличился почти в $2\frac{1}{2}$ раза по сравнению с первым годом Великой Отечественной войны.

Соотношения между язвой желудка и двенадцатиперстной кишки по годам войны представлены в табл. 35.

Таблица 35

Соотношения между язвой желудка и двенадцатиперстной кишки по годам войны

Локализация язвенного процесса	Годы Великой Отечественной войны			
	пер- вый	вто- рой	тре- тий	чет- вер- тый
Язва желудка	1,75	1,2	1,0	1,0
Язва двенадцатиперстной кишки	1,0	1,0	1,03	1,19

Из табл. 35 видно некоторое преобладание язвы двенадцатиперстной кишки на третьем году войны, которое на четвертом году становится совершенно очевидным.

Как уже указывалось, в первый год войны соотношение этих локализаций у военнослужащих было 1,75 : 1,0, а на второй год войны —

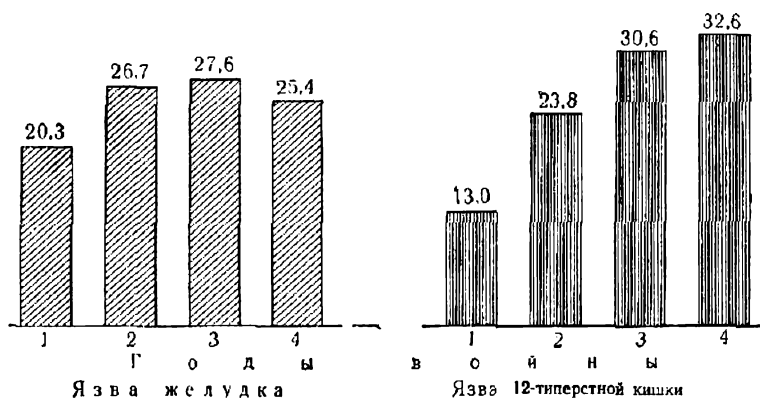


Рис. 26. Распределение (в процентах) заболеваний язвенной болезнью по годам войны (за 100 принято поступление больных с каждой клинической формой язвенной болезни за четыре года войны).

1,21 : 1,0. Об этом же говорят данные о соотношениях в первый год войны свежих, новых язв, возникших на войне, и старых, возникших до войны и только обострившихся или рецидивировавших во время войны. Здесь следует указать, что почти все наблюдаемые в первый год войны случаи язвенной болезни развились еще до войны. Если довоенные соотношения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в первый год войны полностью не сохранились, то причина этого заключается в алиментарных факторах, имевших, повидимому, большое значение в обострениях и рецидивах язвенной болезни, особенно язвы желудка.

Значительно труднее объяснить рост язвенной болезни двенадцатиперстной кишки во время войны. Можно с осторожностью высказать предположение, что это связано с некоторым изменением основных пато-

генетических факторов язвенной болезни — алиментарного и нервного. В настоящее время в патогенезе возникновения и рецидивов язвы двенадцатиперстной кишки особенно большое значение придается нервно-психическим моментам. М. И. Певзнер считает, что при нервно-вегетативном патогенетическом типе язвенной болезни чаще наблюдается язва двенадцатиперстной кишки. Ведущую роль дистонии вегетативной нервной системы, особенно при дуоденальной язве, подчеркивал Р. А. Лурия. Возможно, что с изменением соотношения основных патогенетических факторов язвенной болезни наблюдался некоторый рост числа больных язвой двенадцатиперстной кишки. Известное значение имел, повидимому, также рост числа свежих язвенных заболеваний во вторую половину войны. Свежие язвы чаще были дуоденальными.

Если рассматривать опубликованные литературные данные по годам Великой Отечественной войны, то, за отдельными исключениями, можно обнаружить отмеченные выше закономерности в соотношении заболеваемости язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Методическая ошибка ряда авторов, анализировавших эти данные, заключалась в том, что они рассматривали их в целом, а не по периодам и годам Великой Отечественной войны.

Литературные данные, касающиеся частоты клинических форм язвенной болезни в различные годы Великой Отечественной войны, подтверждают установленную выше закономерность постепенного роста и преобладания по мере продолжения войны язвы двенадцатиперстной кишки над язвой желудка.

Кроме упомянутых особенностей, следует остановиться на некоторых отличиях в заболеваемости язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки у различных категорий личного состава (табл. 36).

Таблица 36

Соотношения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
в зависимости от категории личного состава

Категория личного состава	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Офицерский состав	1,0	1,67
Сержантский и рядовой состав . .	1,21	1,0

Данные, приведенные в табл. 36, весьма показательны. У офицеров (суммарно за весь период войны) язва двенадцатиперстной кишки встречалась в 1,67 раза чаще, чем язва желудка. У сержантского и рядового состава (суммарно за весь период войны) соотношения были обратными: преобладала желудочная локализация язвы. Эти различия, повидимому, зависели от многих моментов, из которых затруднительно выделить основные и ведущие.

В. Н. Хлебников, изучавший на значительном числе наблюдений в специализированных эвакуационных госпиталях соотношение заболеваемости язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у командного и рядового состава, установил аналогичные данные.

На основании изучения соотношений свежих и хронических язв у офицеров, сержантов и солдат В. Н. Хлебников установил, что у офицеров свежие язвы заметно преобладали над хроническими, а по локализа-

ции дуоденальные (свежие и хронические) — над желудочными. У солдат, наоборот, хронические язвы преобладали над свежими, а по локализации хронических желудочных язв было больше, чем хронических дуоденальных, а свежих желудочных и дуоденальных было поровну. Сержанты, по данным В. Н. Хлебникова, занимали промежуточное положение, причем имелась тенденция к преобладанию дуоденальных язв.

На основании изложенного можно сделать следующие выводы.

1. Отношение язвы желудка к язве двенадцатиперстной кишки у больных военнопослужащих во время Великой Отечественной войны по сравнению с больными мужчинами из гражданского населения соответствующих возрастов в довоенный период изменилось в сторону относительного увеличения язв двенадцатиперстной кишки.

2. Отношение желудочных язв к дуоденальным по годам войны изменилось следующим образом: некоторое относительное увеличение дуоденальной локализации язвы наблюдалось со второго года войны, а преобладание — с третьего года войны.

3. У офицеров (суммарно за всю Великую Отечественную войну) язва двенадцатиперстной кишки встречалась в 1,67 раза чаще, чем язва желудка. Обратные соотношения наблюдались у солдат: у них в 1,24 раза преобладала язва желудка.

Процент различных возрастных групп у язвенных больных, в зависимости от локализации язвы, представлен на рис. 27.

Из рис. 27 отчетливо видно, что у больных язвой желудка последняя чаще всего наблюдалась в возрасте 36—45 лет (45,2%), а у больных язвой двенадцатиперстной кишки — в возрасте 26—35 лет (41,6%). Процент больных язвой двенадцатиперстной кишки также несколько выше, чем больных язвой желудка в возрастной группе до 25 лет: для больных язвой двенадцатиперстной кишки — 11,9, для больных язвой желудка — 7,3. Соответственно этому распределению удельный вес возрастной группы от 46 лет ниже у больных дуоденальной язвой (9,9%) и выше у больных язвой желудка (15,2%).

Удельный вес возрастной группы 26—45 лет составляет для язвы желудка 77,5%, а для язвы двенадцатиперстной кишки — 78,2%.

Таким образом, данные, касающиеся возрастных групп, у которых чаще всего встречается язвенная болезнь, являются почти одинаковыми для обеих локализаций. Различие в распределении язвенных больных по возрастным группам в зависимости от локализации язвы заключалось в том, что максимум больных дуоденальной язвой по сравнению с желудочной смещен в сторону более молодых возрастных групп.

Известно, что юношеские язвы также чаще являются дуоденальными. Возникает вопрос: изменился ли удельный вес возрастных групп у военнопослужащих, страдавших язвенной болезнью во время Великой Отече-

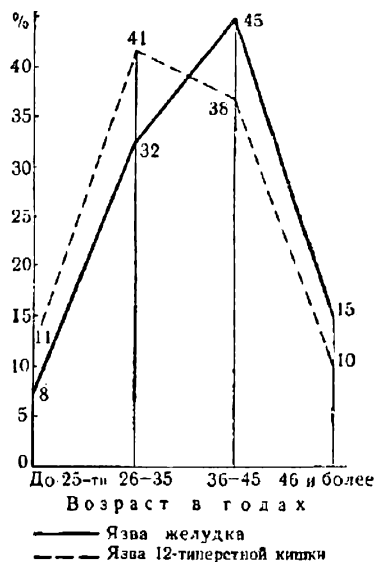


Рис. 27. Распределение больных язвенной болезнью по возрасту и локализации язвенного процесса (заболевание каждой клинической формой принято за 100).

ственной войны, по сравнению с больными из гражданского населения в довоенный период?

Для частичного выяснения этого вопроса рассмотрен удельный вес различных возрастных групп больных, страдавших язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, из состава гражданского населения мужского пола в возрасте, соответствующем возрасту военнослужащих 18—50 лет, находившихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях Лeningrada за 4 года, предшествовавших Великой Отечественной войне.

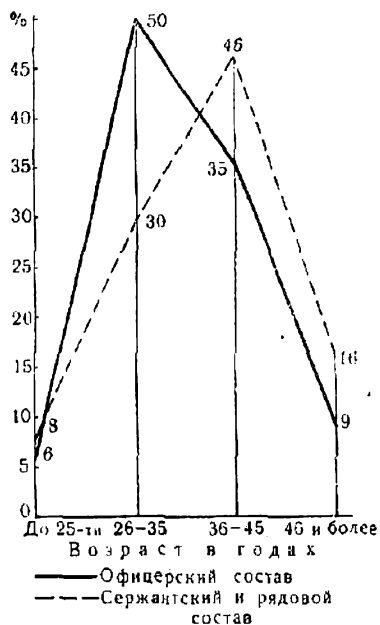


Рис. 28. Распределение (в процентах) различных возрастных групп больных язвой желудка в зависимости от категории личного состава.

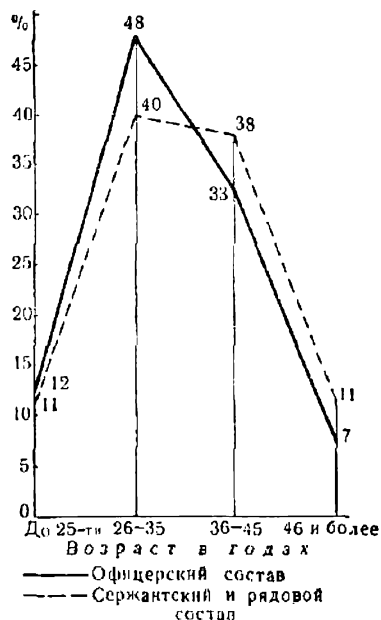


Рис. 29. Распределение (в процентах) различных возрастных групп больных язвой двенадцатиперстной кишки в зависимости от категории личного состава.

При сопоставлении удельного веса различных возрастных групп мужчин гражданского населения, страдающих язвой желудка, и таких же больных военнослужащих во время Великой Отечественной войны видно, что у первых удельный вес возрастной группы 30—39 лет составил 34,27%, а у вторых — 32,3%. Как и в довоенный период, у военнослужащих, страдавших дуоденальной язвой, максимальное число случаев приходилось на более молодой возраст, чем у больных язвой желудка; у больных язвой желудка — на возраст 30—39 лет, а у больных язвой двенадцатиперстной кишки — на возрастную группу 20—30 лет. Следовательно, удельный вес различных возрастных групп у военнослужащих, страдавших язвенной болезнью во время Великой Отечественной войны, мало отличался от возрастных соотношений таких же больных среди гражданского населения в довоенный период.

На основании изложенного можно считать, что у больных язвенной болезнью не произошло во время войны заметных сдвигов как в сторону

более пожилых возрастных контингентов, так и в сторону молодых возрастов.

Распределение язвенных больных по возрастному составу и по категориям личного состава, в зависимости от локализации язвы, представлено на рис. 28 и 29.

Различие в возрастном составе больных офицеров сравнительно с сержантским и рядовым составом заключалось в том, что у первых язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего встре-

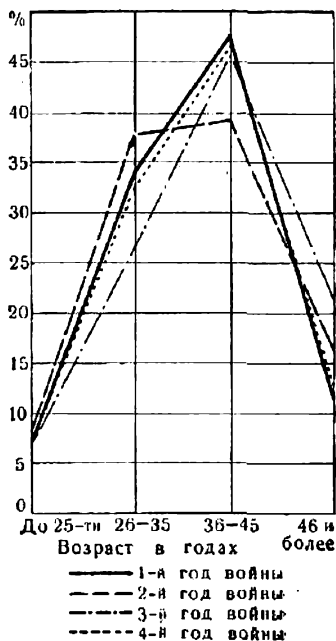


Рис. 30. Распределение (в процентах) различных возрастных групп больных язвой желудка по годам войны.

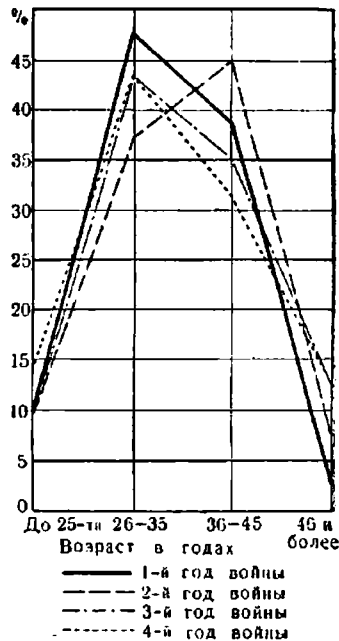


Рис. 31. Распределение (в процентах) различных возрастных групп больных язвой двенадцатиперстной кишки по годам войны.

чалась в возрасте 26—35 лет, а у вторых язва желудка чаще наблюдалась в возрасте 36—45 лет, а язва двенадцатиперстной кишки — в периоде 26—35 лет и, несколько реже, 36—45 лет.

Удельный вес возрастной группы до 25 лет являлся почти одинаковым для обеих категорий военнослужащих. Так, удельный вес возрастной группы до 25 лет у офицеров, больных язвой желудка, составил 6,3%, а у сержантского и рядового состава — 7,7%; соответственно для язвы двенадцатиперстной кишки — 12,0 и 11,6%.

Приведенные соотношения вновь подтверждают положение, что дуоденальная язва в более молодом возрасте встречалась чаще, чем язва желудка.

Для решения вопроса о том, произошли ли возрастные сдвиги среди больных язвой желудка на протяжении войны, рассмотрим удельный вес различных возрастных групп у больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки по годам войны.

Из рис. 30 видно, что сколько-нибудь значительных возрастных сдвигов среди больных язвой желудка во время войны не произошло. Можно только отметить, что к третьему году войны несколько увеличился удельный вес возрастной группы старше 46 лет, а в четвертом году войны возрос удельный вес группы 26—35 лет. Таким образом, произошли очень незначительные сдвиги различных возрастных групп в сторону более пожилых (старше 46 лет) и средних (26—35 лет) контингентов. Как видно из кривой, вершина ее все время приходилась на возрастную группу 36—45 лет (рис. 31).

Из рис. 31 видно, что у больных язвой двенадцатиперстной кишки во время войны также произошли лишь незначительные сдвиги в отношении отдельных возрастных групп. Так, к четвертому году войны относительно увеличилось число больных в возрасте до 25 лет (от 10,0 до 14,0%), а во втором году войны вершина кривой сместилась и приходилась на возрастную группу 36—45 лет. За исключением этого года, во все остальные годы войны вершина кривой приходилась на возрастную группу 26—35 лет, что и отличало в этом отношении дуоденальную язву от желудочной.

Распределение больных язвенной болезнью по родам войск и по локализации язвы

Сравнительно с другими родами войск относительно высокое число язвенных больных приходилось на пехотные части. Это заслуживает внимания с точки зрения патогенетических факторов возникновения язвенной болезни на войне, т. е. выяснения роли непосредственной боевой деятельности в возникновении и обострении язвенной болезни.

Относительно большое число язвенных больных в нестроевых частях частично объясняется тем, что известный процент этих больных из армии не увольнялся, а переводился на нестроевые должности. Кроме того, в нестроевых частях больных с различными хроническими заболеваниями, не препятствующими службе в армии, по сравнению с другими родами войск было относительно больше.

В остальном распределение больных язвенной болезнью по родам войск не имело существенных особенностей, за исключением того, что значительное количество язвенных больных приходилось на медицинскую службу, в составе учреждений которой было сравнительно много нестроевых контингентов преимущественно старших возрастов.

Анализ материалов, касающихся распределения язвенных больных по родам войск и по локализации язвенного процесса, позволяет отметить некоторые особенности в распределении больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в различных родах войск.

Если приять число больных язвенной болезнью (отдельно для больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки) во всех родах войск за 100, то удельный вес пехотинцев среди больных язвой желудка был почти на 10,0% выше, чем среди больных язвой двенадцатиперстной кишки. Наоборот, удельный вес войск связи, авиации был почти в два раза выше среди больных язвой двенадцатиперстной кишки. Это в значительной степени касается и танковых войск. Чем объясняются такие различия? Возможно, это связано с тем, что в составе перечисленных войск было сравнительно больше офицеров, среди которых, как отмечалось выше, чаще наблюдалась язва двенадцатиперстной кишки.

Известное значение, быть может, имело первое напряжение, более выраженное в том или другом роде войск, например, в авиации.

Что касается распределения язвенных больных по категориям личного состава, роду войск и локализации язвенного процесса, то следует лишь указать, что во всех родах войск у офицеров язва двенадцатиперстной кишки встречалась чаще, чем язва желудка.

Динамика госпитализации язвенных больных по месяцам и годам Великой Отечественной войны

Характерной чертой язвенной болезни является выраженная периодичность, цикличность ее течения, ритмическая смена и повторяемость обострений и ремиссий.

Не вдаваясь в подробный анализ причин циклического течения язвенной болезни, важно выяснить вопрос о том, сохранились ли сезонные колебания обострений и рецидивов язвенной болезни в военных условиях или они нивелировались в военно-полевой обстановке.

Далее, весьма важным являлось выяснение вопроса о том, сохранилась ли цикличность обострений и рецидивов в периоды (времена года), свойственные мирному времени, или она изменилась и переместилась на другие сезоны.

Для ответа на эти вопросы обратимся к рассмотрению госпитализации язвенных больных по месяцам за весь период Великой Отечественной войны (рис. 32).

Из рис. 32 видно, что относительно равномерная госпитализация больных язвой желудка в летние месяцы сменяется значительными ее повышениями в осенне-зимний период.

Рост госпитализации больных язвой желудка начинается в сентябре, повышается в октябре и достигает максимума в декабре. В январе, феврале и марте она держится на сравнительно высоком уровне и более или менее резко снижается в апреле. Минимальная госпитализация приходится на летние месяцы — 5,0—6,0% (поступление за весь год принято за 100).

Таким образом, увеличение числа рецидивов и обострений язвенной болезни в осенне-зимний период с максимумом в декабре — январе не вызывает сомнения.

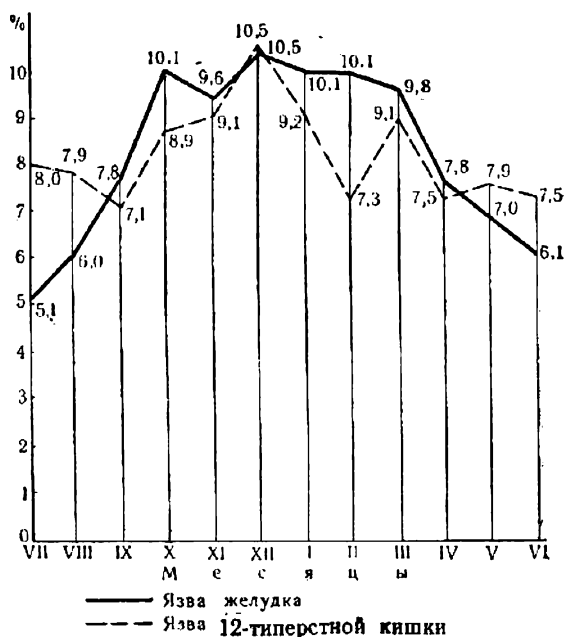


Рис. 32. Госпитализация (в процентах) больных язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки по месяцам войны (поступление каждой клинической формы за весь период войны принято за 100).

Сезонные влияния на частоту госпитализации больных язвой двенадцатиперстной кишки также сохраняются, но менее выражены.

Некоторые различия сезонных влияний во время войны по сравнению с довоенным периодом заключались в том, что вместо обычного для мирного времени максимума обострений и рецидивов в осенне-весенний период в военных условиях максимум госпитализации падал на зимние месяцы — декабрь и январь. Такое положение, возможно, связано с неблагоприятными метеорологическими влияниями зимних месяцев в условиях военно-полевой обстановки. На летний период, как и в мирное время, приходится минимальное число госпитализаций. На рис. 33 представлено изменение удельного веса госпитализации язвенных больных по сезонам за весь период Великой Отечественной войны.

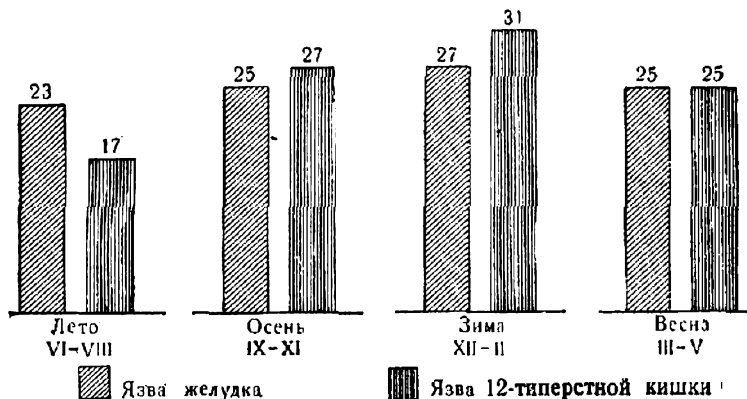


Рис. 33. Госпитализация (в процентах) больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки по сезонам (за 100 принято поступление больных с данным заболеванием за весь период Великой Отечественной войны).

Из рис. 33 видно, что рост удельного веса госпитализации в связи с обострениями и рецидивами у больных язвой желудка особенно выражен в зимний период.

Если сопоставить госпитализацию по сезонам больных язвой двенадцатиперстной кишки с госпитализацией больных язвой желудка, то видно, что, хотя и при дуоденальной язве максимальное поступление больных приходится на зимний период, кривая имеет более пологий характер, чем при язве желудка. Это явление, возможно, объясняется тем, что в патогенезе обострений и рецидивов язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеются известные различия и что в обострении язвы желудка факторы питания (холодная, грубая пища) имеют большее значение, чем в отношении язвы двенадцатиперстной кишки.

Для выяснения влияния сезонных факторов на обострения и рецидивы язвенной болезни (язвы желудка) по отдельным годам Великой Отечественной войны рассмотрим поступление больных раздельно по месяцам и годам войны (рис. 34).

Как видно из рис. 34, в первый год войны сезонные влияния были отчетливо выражены. Максимум поступления приходился на декабрь и март. Во втором году максимум госпитализации приходился на зимний месяц — январь. В третьем году сезонные влияния были более слабо

выражены; госпитализация была сравнительно равномерной, кроме двух летних месяцев (июнь и июль). Незначительное повышение наблюдалось в октябре. Аналогичное положение отмечалось в четвертом году. Здесь небольшое повышение госпитализации приходилось на февраль и более или менее равномерное повышение в зимние месяцы. Во все годы войны минимальный процент госпитализации падал на летние месяцы.

Следовательно, с третьего года войны сезонный рост госпитализации больных становится менее выраженным, чем в первые годы. Сезонные влияния как бы постепенно нивелируются. Несомненно, это было связано с влиянием на госпитализацию также и оперативно-тактической обстановки того или другого года войны.

В пользу этого предположения говорят данные о сравнительно отчетливом повышении или снижении поступлений больных в одни и те же годы войны, но в разные месяцы.

Приписать незначительные сезонные колебания госпитализации больных язвенной болезнью в третьем и частично четвертом году войны лучшему приспособлению больных к военно-полевым условиям нет достаточных оснований, так как и в довоенный период, в обычных условиях мирной жизни, наблюдалось учащение рецидивов и обострений в эти периоды. Поэтому менее отчетливые влияния сезонных факторов в третьем и частично четвертом году войны можно до некоторой степени связать с влиянием военной обстановки, в частности, с оперативно-тактической обстановкой (наши войска почти во все эти периоды проводили наступательные операции).

На рис. 35 представлена госпитализация по месяцам и годам войны больных язвой двенадцатиперстной кишки.

При рассмотрении поступления больных по годам войны видно, что в первом году войны наблюдалось три подъема кривой госпитализации: в марте, декабре и сентябре. Во втором году имеется одна отчетливая вершина, падающая на декабрь, и менее отчетливое повышение в марте. В третьем году максимум вновь приходился на декабрь и в меньшей степени на октябрь. В четвертом году максимальный удельный вес госпитализации приходился на июль, август и декабрь. Таким образом, по мере продолжения войны как бы нивелировался весенний рост

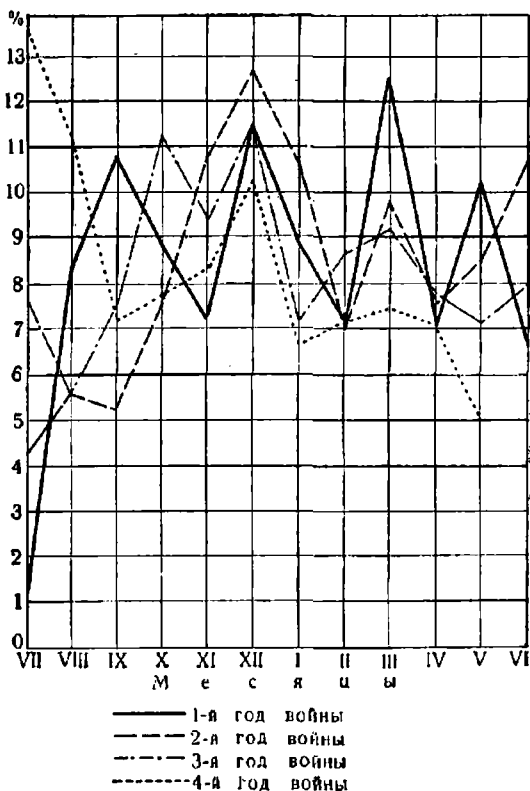


Рис. 34. Госпитализация (в процентах) больных язвой желудка по месяцам и годам Великой Отечественной войны (госпитализация за каждый год войны принята за 100).

госпитализации больных язвой двенадцатиперстной кишки, относительно сохранялся осенний подъем и наиболее постоянным оставалось повышение удельного веса госпитализации в декабре.

Однако оперативно-тактическая обстановка того или другого года войны оказывала влияние на поступления язвенных больных. Так, в июле — августе 1944 г. во время наступательных операций многих фронтов госпитализация больных язвой двенадцатиперстной кишки значительно увеличилась и составляла соответственно 13,7 и 11,2% всех поступлений

этих же больных за год. В 1942 г. госпитализация в эти месяцы составляла 4,2 и 5,6%, а в 1943 г. — соответственно 7,6 и 5,6% всех поступлений за год.

Таким образом, насколько позволяют судить приведенные выше данные, зависимость госпитализации (связанной с обострением процесса) у язвенных больных от оперативно-тактической обстановки была более выраженной для язвы двенадцатиперстной кишки, чем для язвы желудка.

Эти данные позволяют заключить, что при сохранении во время Великой Отечественной войны сезонных влияний в смысле роста госпитализации больных язвенной болезнью в осенне-зимние периоды и особенно в зимний период известное влияние на обострение процесса и, следовательно, на поступление больных оказывала и оперативно-тактическая обстановка.

Ленинградский фронт на определенном отрезке времени представлял убедительный пример того, насколько условия

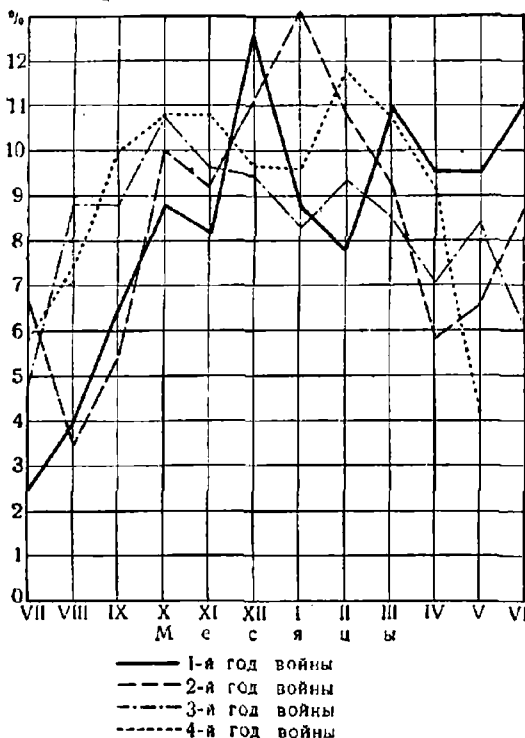


Рис. 35. Госпитализация (в процентах) больных язвой двенадцатиперстной кишки по месяцам и годам Великой Отечественной войны (госпитализация за каждый год войны принята за 100).

боевой обстановки, характер, режим и качество питания могут влиять на частоту обострений, рецидивов, а возможно, и на возникновение язвенной болезни. В отношении поступления язвенных больных этот фронт имел некоторые особенности.

Поступление больных язвенной болезнью в лечебные учреждения Ленинградского ФЭП, значительно повысившееся уже в августе 1941 г., держалось со сравнительно небольшими колебаниями на этом уровне до января 1942 г. В январе и особенно резко в феврале 1942 г. поступление больных язвенной болезнью снизилось и в дальнейшем на протяжении первого и частично второго года войны было ниже, чем в первые месяцы войны. Совершенно иначе обстояло дело с поступлением язвен-

ных больных в это же время на других фронтах. В те месяцы, когда на Ленинградском фронте наблюдалось максимальное снижение поступления язвенных больных (январь — февраль), на Западном фронте их поступление достигало максимально высоких цифр.

Таким образом, отличие Ленинградского фронта от других фронтов заключалось в том, что процент язвенных больных был сравнительно высоким только в первые месяцы войны. Затем в период блокады до ее прорыва в январе 1943 г. отмечалось значительное снижение поступления язвенных больных. В дальнейшем, особенно со второй половины 1943 г., наблюдалось постепенное относительное и абсолютное парастание поступления больных язвенной болезнью в лечебные учреждения ФЭП. Особенно заметным оно стало во втором полугодии 1943 г. и весьма значительным — в первом и частично во втором полугодии 1944 г.

Усиленное поступление больных язвенной болезнью в период с августа 1941 г. по январь 1942 г. на Ленинградском фронте следует, очевидно, объяснить тем, что у больных, ранее страдавших язвенной болезнью, после призыва в армию в связи с переходом на более грубую пищу и нарушениями режима питания стали появляться рецидивы и обострения язвенной болезни. Несомненно, сказалось и влияние боевой обстановки на нервную систему.

Труднее понять значительное снижение поступления больных язвенной болезнью в январе—феврале и в последующие месяцы 1942 г. Считать, что это было связано с понижением качества диагностического обследования больных в соответствующие периоды зимы 1942 г. (январь — февраль), нет оснований. В первом и втором квартале 1942 г. наблюдалось действительное снижение заболеваний язвенной болезнью или, точнее, уменьшение рецидивов и обострений этого заболевания. Отмеченное явление следует, повидимому, поставить в зависимость от изменения питания. Какие именно изменения в организме, обусловленные нарушениями питания, явились непосредственной причиной пониженной заболеваемости язвенной болезнью в смысле уменьшения рецидивов и обострений, решить трудно.

Тормозящее влияние нарушений питания вплоть до наступления алиментарной дистрофии на развитие обострений и рецидивов язвенной болезни подчеркивали М. Д. Кузнецов и др. По их данным, язвенная болезнь среди гражданского населения Ленинграда дала весьма своеобразную кривую госпитализации. Начавшийся в конце 1941 г. подъем кривой круто оборвался в начале 1942 г. В первой половине 1942 г. частота язвенной болезни была значительно ниже довоенного уровня. В конце 1942 г. кривая вернулась к исходному уровню, а со второй половины 1943 г. начался новый ее подъем, особенно выраженный в 1944 и 1945 гг.

Отсутствие случаев свежих заболеваний, уменьшение частоты обострений и рецидивов язвенной болезни в первой половине 1942 г. (в период блокады) некоторые авторы связывали с дистрофией, которая обусловила резкое снижение реактивности организма и вегетативной нервной системы. С затиханием явлений дистрофии у части язвенных больных стали появляться обострения и рецидивы, а в дальнейшем и рост новых заболеваний. Как видно из изложенного, при отсутствии должной реактивности организма даже выраженные нервные воздействия и грубая пища не обусловили появления новых свежих заболеваний и не привели к обострениям и рецидивам у больных-хроников.

Рассмотрим влияние боевой обстановки (наступления, обороны) на поступление (госпитализацию) язвенных больных.

На рис. 36 представлено поступление больных язвенной болезнью и гастритом во все МСБ Н-ского соединения, в зависимости от боевой обстановки, по месяцам и годам Великой Отечественной войны. Здесь отчетливо показано различное влияние боевой обстановки на поступление больных язвенной болезнью и гастритом. По сравнению с кривой поступления больных гастритом кривая поступления язвенных больных отличается значительно меньшими колебаниями и большим постоянством. Правда,

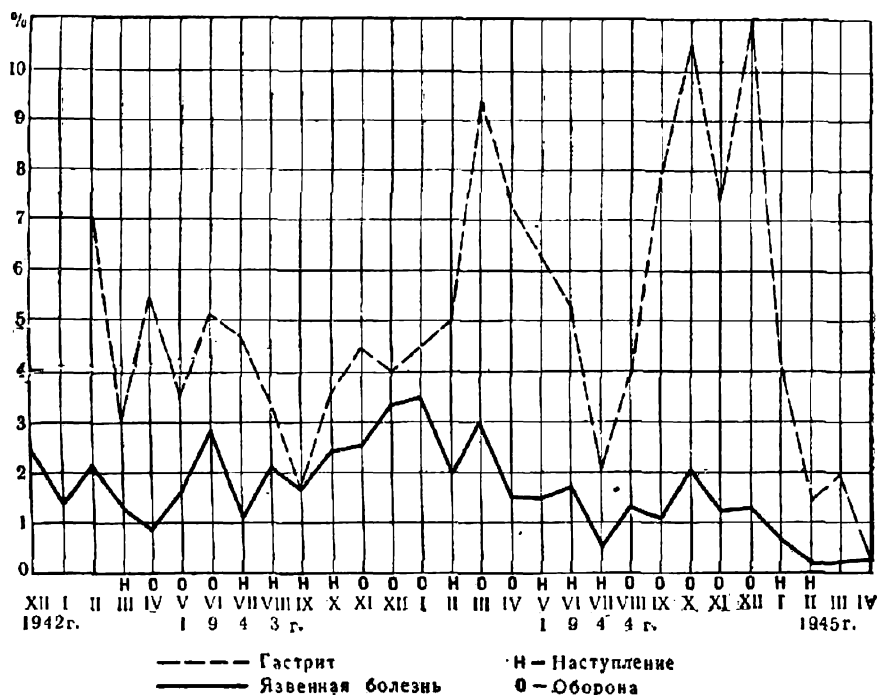


Рис. 36. Кривая поступления больных язвенной болезнью и гастритом во все МСБ Н-ского соединения в зависимости от боевой обстановки (наступление, активная оборона) по месяцам и годам Великой Отечественной войны.

и здесь имеется некоторый рост больных в месяцы, предшествующие наступательной операции (июнь 1943 г., январь 1944 г.), что может быть объяснено профилактическими медицинскими осмотрами прибывающих пополнений и госпитализацией выявленных среди них больных, а также госпитализацией части больных, лечившихся во время обороны на ПМП амбулаторно. Во время наступательных операций отмечается то некоторое повышение поступления в МСБ больных язвенной болезнью (август — октябрь 1943 г.), то некоторое снижение (июль 1943 г.). После наступательных операций, особенно длительных, наблюдается некоторый рост поступления больных. Так, после наступательной операции с июля по октябрь 1943 г. количество язвенных больных увеличилось (ноябрь — декабрь 1943 г.), хотя здесь, возможно, сказались и сезонные влияния (зимние обострения).

Однако, как указывалось выше, все эти колебания весьма незначительны и не идут ни в какое сравнение с изменениями поступления больных гастритом в этих условиях. Это различие вполне понятно. Оно объясняется тем, что обращаемость больных гастритом во время наступательных операций значительно снижалась. В связи с этим уменьшалась и госпитализация этих больных.

Язвенные больные в связи с более выраженными субъективными и объективными симптомами обострения заболевания госпитализировались как только возникало обострение или рецидив заболевания. Отсюда относительно более равномерное поступление этих больных по сравнению с больными гастритом.

Для выяснения роли военной обстановки в возникновении или обострении язвенной болезни очень важно установить удельный вес новых, свежих язвенных заболеваний, возникших у военнослужащих на войне.

Этот вопрос изучен на основании анамнестических данных. Выявление давности заболевания показало, что большинство больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки заболело до войны. Это отражено в табл. 37.

Таблица 37

Давность заболевания язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Давность заболевания	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Болели до войны	61,9	67,2
Не болели до войны	26,2	25,7
Нет данных	11,9	7,1
Итого . . .	100,0	100,0

Анализ длительности заболевания у больных до войны показывает следующие соотношения (табл. 38).

Таблица 38

Длительность заболевания язвой желудка и двенадцатиперстной кишки до войны (в процентах)

Общая продолжительность заболевания до войны	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
До 6 месяцев	2,9	2,4
Свыше 6 месяцев до 1 года	9,9	10,6
Свыше 1 до 2 лет	15,5	12,0
Свыше 2 до 3 »	15,6	18,7
Свыше 3 до 5 »	18,0	17,4
Свыше 5 до 10 »	23,1	25,1
Свыше 10 лет	15,0	13,8
Итого	100,0	100,0

✓ Табл. 37 и 38 показывают, что из общего числа больных, страдавших язвенной болезнью во время Великой Отечественной войны, около 65,0% заболело до войны или до военной службы. У этих больных заболевание в условиях войны только рецидивировало или обострилось. Это в равной степени относится к больным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Только у $\frac{1}{4}$ всех больных заболевание впервые проявилось или возникло на войне — после призыва в армию. Литературные данные по этому вопросу почти полностью совпадают с приведенными выше. Так, по данным В. Н. Хлебникова, только 26,2% больных связывали свое заболевание с пребыванием на фронте.

Восьма важно было изучить соотношения между свежими язвами, возникшими у военнослужащих на военной службе, и язвами, обострившимися или рецидивировавшими во время войны, раздельно по годам Великой Отечественной войны. При таком анализе выявляется весьма существенная закономерность, заключающаяся в том, что в первом и частично во втором году войны свежих, новых, язвенных заболеваний почти не было: преобладали рецидивы или обострения язв, возникших до войны. По мере продолжения войны увеличивалось число новых, свежих заболеваний, которые достигли максимума в четвертом году войны. Изложенное подтверждается следующими данными. По данным И. В. Лебедева, в течение первого и второго года войны число больных, ранее не болевших язвой, составляло 5,0%, у остальных же заболевание возникло до призыва на военную службу. По И. П. Магдусиеву, в первые годы войны число больных язвенной болезнью с довоенным анамнезом достигало 92,3%, и только в 7,7% заболевание впервые выявилось в годы войны.

✓ Таким образом, в первый год Великой Отечественной войны основная масса язвенных больных в армии состояла из лиц, заболевших до войны. Так как среди кадрового состава процент язвенных больных был ничтожный, то в основном эти больные пополнялись за счет лиц, мобилизованных в армию из запаса. Следовательно, язвенная болезнь в первый год войны у военнослужащих отражала частоту этого заболевания среди гражданского населения данного пола и возраста. Во втором году войны процент язвенных больных, впервые заболевших на войне, начинает постепенно повышаться.

По данным П. И. Егорова (Западный фронт), в 1942 г. из числа больных язвенной болезнью 81,7% страдали ею до войны, а у 18,3% больных начало заболевания относится ко времени пребывания на фронте.

В госпиталях тыла в 1942 г. у 88,5% больных, лечившихся в эвакуационных госпиталях, язва возникла до войны.

Таким образом, если в первый год войны преобладали обострения или рецидивы язв, возникших до войны, то во втором году войны появились случаи свежих язв. Нарастание процента свежих язв в третьем и четвертом году войны стоит в связи с уменьшением рецидивов, что сказалось на статистических показателях. По данным одного из тыловых эвакуационных госпиталей Ленинградского фронта, в четвертом году войны из общего числа язвенных больных у 24,0% заболевание возникло на военной службе.

И. В. Лебедев приводит весьма интересные данные о соотношении старых язвенных процессов с новыми заболеваниями, возникшими на войне. По его наблюдениям, в течение первого и второго года войны число больных, ранее не болевших язвой, составляло 5,0%. В 1943 г. число впервые заболевших повысилось до 29,0%, а в 1944 г. — до 37,0%.

Итак, в первый период Великой Отечественной войны основная масса язвенных больных состояла из заболевших до войны. Со второй половины войны постепенно стали выявляться свежие заболевания, впервые возникшие на войне.

Повышение удельного веса новых заболеваний в третьем и главным образом в четвертом году войны, повидимому, зависело от того, что по мере продолжения войны значительная часть язвенных больных с хроническими процессами и довоенным анамнезом из армии увольнялась. Естественно, что в связи с этим среди общей массы язвенных больных, оставшихся в армии, соответственно уменьшалось число больных-хроников и относительно увеличивалось число новых заболеваний.

В пользу того, что истинного учащения заболеваемости язвенной болезнью не было, говорят также данные о постепенном снижении удельного веса язвенных больных среди всех заболеваний по мере продолжения войны. Так, удельный вес язвенных больных среди желудочно-кишечных заболеваний (кроме острых и токсикоинфекционных) снизился с 29,1% в первом году войны до 18,5% в четвертом году войны (П. И. Егоров).

Таким образом, руководствуясь изложенным, нет оснований говорить об учащении заболеваемости язвенной болезнью по мере продолжения войны.

Установление свежих заболеваний примерно у $\frac{1}{4}$ язвенных больных, у которых они возникли или проявились во время пребывания на военной службе, представляет собой вполне закономерное явление, вытекающее из существа язвенной болезни как преимущественно хронического заболевания, для проявления которого требуется сочетанное воздействие ряда внутренних и внешних условий на протяжении сравнительно долгого времени. Естественно, что в первую очередь и в первый год войны должны были выявиться больные с язвенным анамнезом, а во вторую очередь и в последующие годы войны — заболевшие впервые, со свежими язвами. Подтверждением сказанного служат и приведенные выше данные о динамике заболеваний язвенной болезнью среди гражданского населения соответствующих возрастных групп в условиях мирного времени.

Из изложенного вытекает принципиальный вывод, что язвенная болезнь не может быть отнесена к заболеваниям, вызванным условиями боевой обстановки. Можно лишь считать установленным, что боевые условия способствовали выявлению латентных или протекавших под диагнозом гастрита случаев язвенной болезни. Военная обстановка способствовала выявлению истинной частоты язвенной болезни, так как многие больные, страдавшие язвенной болезнью в мирных условиях, в привычной обстановке приспосабливались к своему заболеванию, справлялись с обострениями или рецидивами в домашних условиях и не обращались даже за амбулаторной помощью. После мобилизации в армию эти же больные во время обострения или рецидива болезни в связи с невозможностью соблюдать соответствующий режим и диету были вынуждены обращаться за медицинской помощью. Поэтому среди язвенных больных на войне было не мало лиц с так называемым гастритическим, но не язвенным анамнезом. Из общего числа язвенных больных у 48,0% был гастритический анамнез, у 25,8% — язвенный анамнез, а 26,2% связывали свое заболевание с пребыванием на фронте. Поэтому в первые годы войны наиболее частой причиной обострения или рецидивов болезни считался алиментарный фактор.

ГЛАВА III

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Несмотря на то, что в течение последних 50 лет изучению вопросов этиологии и патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки посвящено очень много работ, к началу Великой Отечественной войны не было еще единой общепризнанной теории, объясняющей возникновение этого заболевания.

Опыт Великой Отечественной войны показал значение внешних условий в частности, влияние боевой обстановки на возникновение и течение язвенной болезни у военнослужащих. Поэтому, учитывая данный опыт, мы можем несколько по-новому подойти и к пониманию этиологии и патогенеза язвенной болезни.

Некоторые из многочисленных теорий возникновения и развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в той или иной степени могут быть использованы для объяснения отдельных случаев возникновения язвенных процессов в боевой обстановке. Если принять во внимание сосудистую теорию, которая предполагает возможность возникновения язв на слизистой стенки желудка в результате местных расстройств кровообращения, в частности, на почве эмболии или тромбоза мелких сосудов слизистой, реже на почве склероза сосудов, то только в отдельных случаях эта теория может быть применима. В результате закупорки приводящего сосуда на соответствующем участке стенки желудка образуется инфаркт, затем некроз с последующим перевариванием желудочным соком этих омертвевших участков, вследствие чего в дальнейшем образуется язва. Наиболее часто такие условия для эмболий и отчасти тромбозов сосудов наблюдались в боевой обстановке при контузиях и ранениях. Однако этот механизм возникновения язвенной болезни не носил характера закономерного явления и мог объяснить развитие язвенного заболевания лишь у отдельных раненых и контуженных. Поэтому данная теория, судя по опыту Великой Отечественной войны, не может быть ведущей в объяснении патогенеза язвенной болезни в целом.

Еще довоенный клинический опыт, а также ряд экспериментальных исследований показали возможность возникновения язв желудка путем ретроградной эмболии из сосудов системы воротной вены (К. М. Сапежко и др.). Такое происхождение язвы отмечалось после полостных операций (сальник, кишечник). Однако большинство возникших таким образом язв носило, как правило, острый характер, сравнительно быстро заживало и редко переходило в хроническое состояние. Это обстоятельство, а также то, что многие авторы в экс-

перименте не получили образования язв в желудке, а если и получили, то эти язвы быстро подвергались рубцеванию (в среднем через 20—22 дня), значительно подорвало ценность этой теории как ведущей, и в настоящее время большинство авторов отводит ей второстепенное значение и применяет ее только в отдельных случаях.

Довольно распространенной является химическая, или, вернее, пептическая, теория. По этой теории возникновение язв связано с нарушением химического равновесия между слизистой желудка и желудочным соком. Было высказано предположение, что стенка желудка выделяет особый антифермент (антипепсин), который якобы нейтрализует переваривающее действие желудочного сока. Было отмечено понижение содержания антипепсина при язве желудка не только в самой стенке желудка, но и в сыворотке крови; однако это не подтвердилось исследованиями школы И. П. Павлова.

На XIII съезде терапевтов в 1947 г. Н. Д. Стражеско подчеркивал, что непосредственной причиной язвы является местное понижение сопротивляемости слизистой желудка и переваривание ее стенки. Все, что способствует понижению местной сопротивляемости желудка (гастриты, авитаминозы и т. д.), может вызвать язвенный процесс или поддерживать уже возникшее язвенное поражение.

В свете данных периода Великой Отечественной войны значение химического (пептического) фактора в этиологии язвенной болезни не может быть отвергнуто, но в то же время нельзя приписать ему и доминирующее значение. Изменение привычного питания больших масс людей несомненно сопровождалось изменениями секреции соляной кислоты и пепсина, а также изменением сопротивляемости слизистой оболочки желудка. В условиях боевой обстановки нередкими были случаи беспорядочного питания. Одновременно имели место и добавочные факторы в виде чрезмерного курения, эмоциональных воздействий, физического перенапряжения и т. д. Тем не менее массового развития язвенной болезни при этих условиях в период Великой Отечественной войны не наблюдалось.

Наблюдения показали, что в период блокады Ленинграда, когда, как известно, имели место крайние степени нарушения химизма пищеварения и сопротивляемости организма, заболеваемость язвенной болезнью значительно понизилась; со снятием же блокады эта заболеваемость начала возрастать. Правда, истощение и связанная с этим ареактивность организма могли приводить к бессимптомному (ареактивному) течению язвенной болезни. Однако факт действительного уменьшения числа язвенных заболеваний в период блокады представляется более достоверным.

Сторонники менее распространенной гастритической, или воспалительной, теории считают, что гастрит является причиной возникновения язвы. Авторы указывают, что нередко при хронических гастритах на слизистой оболочке желудка возникают небольшие язвенные дефекты, вокруг которых образуются мелкие кровоизлияния, лейкоцитарные скопления, причем окружающий железистый эпителий бывает реактивно изменен. Воспалительная эрозия может затем превращаться в язву, что в первую очередь зависит от понижения сопротивляемости со стороны воспаленной слизистой и от действия желудочного сока на отдельные участки слизистой желудка. Таким образом, современная гастритическая теория не исключает пептического влияния желудочного сока, но

не придает ему решающего значения. Дальнейшее развитие таких воспалительных эрозий зависит, по мнению сторонников этой теории, и от течения гастрита, и от топографического расположения эрозий на слизистой желудка. Расположенные в области так называемой желудочной дорожки эрозии сравнительно быстро могут превращаться в типичные язвы. Кроме того, превращению воспалительной эрозии в круглую язву может способствовать и патологическое состояние нервной системы самого желудка, которая вторично вовлекается в болезненный процесс благодаря воспалительным изменениям в стенке желудка, и затем уже сама нервная система оказывает влияние на воспалительный и язвенный процесс в слизистой желудка.

Если первые сторонники и основоположники этой теории считали, что гастрит при язвенной болезни отмечался почти в 90,0—100,0% случаев, то при тщательной проверке указанного положения оказывалось, что гастрит сопутствовал язвенной болезни в среднем примерно в 25,0% случаев. Кроме того, в настоящее время доказано, что гастрит нередко сопутствует язве, но не предшествует ей и не является ее причиной.

Учитывая опыт Великой Отечественной войны, следует вспомнить о функционально-механической теории, связанной с преимущественным поражением малой кривизны желудка, в особенности в области желудочной дорожки. Такая теория подкреплялась якобы более частой локализацией язв в этой области желудка, а также анатомо-гистологическими особенностями ее строения.

Различные условия питания в действующей армии в разные периоды боевой обстановки, конечно, сопровождалась и механической травмой желудка и желудочной дорожки. Однако сколько-нибудь заметного влияния этого обстоятельства на возникновение язвенной болезни не установлено. Клиническое изучение показало, что локализация язв на желудочной дорожке была не столь частой, чтобы можно было придать ей этиопатогенетическое значение. Вообще локализация язв в области тела и пилорического отдела желудка наблюдалась только в 34,2% случаев, в которых рентгеноскопически были отмечены ниши, что отнюдь не указывает на превалирование зоны желудочной дорожки. Довольно частая локализация язвенного процесса на малой кривизне желудка и в привратнике объясняется, как показали работы советских физиологов (К. М. Быков), повышенной чувствительностью этих отделов желудка, а не анатомическими особенностями их строения.

Работами советских авторов доказано, что у язвенных больных имеется ряд патологических сдвигов со стороны нервной системы, и тем самым приведены дополнительные доводы в пользу неврогенного патогенеза болезни.

Однако, признавая ведущую роль за неврогенным фактором, следует отметить различные возможности воздействия нервной системы на желудочно-кишечный тракт. Одним из вариантов неврогенной теории является возникновение рефлексов со стороны внутренних органов на желудок, в результате чего появляются как спазмы самих сосудов, так и возможное сжатие их сокращенной стенкой желудка. Отсюда ишемия, нарушение питания и в дальнейшем появление эрозий и язв. Здесь сосудистая и неврогенная теория сближаются между собой. Вторым вариантом этой теории является взгляд на возникновение язвы как на первичнотрофический процесс (А. Д. Сперацкий, М. М. Губергриц); изменения со стороны

различных органов являются следствием перводистрофических расстройств при раздражении нервной системы с любого внутреннего органа.

Заслуживают исключительного внимания наблюдения М. В. Чернорудского и М. И. Певзнера, изучавших во время Великой Отечественной войны причины возникновения круглой язвы желудка. Они указали на возможность образования язв в желудке при раздражении коры головного мозга, т. е. вновь подтвердили роль невrogenного фактора в этиологии язвенной болезни.

Об этом же говорил и Н. Д. Стражеско в своем докладе на XIII Всесоюзном съезде терапевтов в 1947 г., подчеркивая возможность образования дефекта в слизистой оболочке желудка при поражении центральной и вегетативной нервной системы, а также под влиянием психических воздействий.

Современное психо-соматическое направление в медицине особенно подчеркивает возможность корковых воздействий на вегетативные функции; в основе этого направления лежат данные, полученные И. М. Сеченовым и И. П. Павловым, а в настоящее время работы К. М. Быкова об интерорецептивных рефлексах. Всякое длительное раздражение вызывает функциональные изменения в коре головного мозга, причем любой фактор может быть раздражителем даже у практически здорового человека. Эта кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, подчеркивающая функциональную связь между корой головного мозга и внутренними органами, доказанную впервые И. П. Павловым и В. М. Бехтеревым, еще раз указывает на то, что нельзя рассматривать язвенную болезнь только как результат местного поражения органа или только как следствие изменения функции одной вегетативной нервной системы и эндокринно-гуморальных механизмов регуляции; необходимо нарушение одновременно и высших регуляторных механизмов, нарушение в кортикальной и субкортикальной сфере.

Если в экспериментальных условиях острые язвы вызывались сравнительно легко, то получение у животных трудно заживающих, хронических язв, аналогичных язвам у человека, представляло большие трудности. В этой области особо следует отметить работы советских авторов, изучавших не только непосредственно саму язву желудка или двенадцатиперстной кишки, но и интрамуральный и экстрамуральный нервный аппарат (П. В. Сиповский, С. С. Вайль).

Подводя итоги по вопросу о значении невrogenной теории в патогенезе язвенной болезни, следует указать, что она является ведущей, основной теорией и объясняет возникновение язвенной болезни нарушением центральной регуляции и изменением тонуса вегетативной нервной системы.

Несмотря на плодотворность невrogenной теории в объяснении многих темных сторон патогенеза язвенного процесса, все же она не является исчерпывающей и не может быть безоговорочно перенесена в клинику всех случаев язвенной болезни.

Действительно, изучение язвенной болезни у раненых и контуженных во время Великой Отечественной войны показало, что непосредственно связать развитие язвенного процесса с ранением черепа или контузией можно лишь в единичных случаях. Как правило, у раненых в голову и контуженных язвенная болезнь по сравнению с остальными группами раненых обнаруживалась в одинаковых соотношениях.

Этот важный факт указывает, что язвенная болезнь как хронически

протекающее заболевание с ремиссиями и обострениями не тождественно с теми острыми язвами, которые получались в эксперименте при поражении центральной нервной системы и сравнительно быстро заживали.

Влияние неврогенного фактора следует понимать в том смысле, что с ним связан весь комплекс воздействий и реакций организма, в том числе и наиболее функционально активных органов, каким является желудок, главным образом в его выходной части. В частности, раздражение или нарушение нервно-вегетативной регуляции не может не сопровождаться нарушением химизма пищеварения, сосудистого и двигательного аппарата желудка, его гуморальных регуляторных связей.

Повышенная эмоциональная напряженность на войне, травматически-контузионные влияния и весь комплекс неблагоприятных условий боевой обстановки, конечно, сопровождаются разного рода рефлекторными реакциями. Поэтому в период войны естественно было ожидать большего влияния данного фактора на развитие заболеваний органов пищеварения. Многие данные из клиники и течения язвенной болезни это подтверждают. За это говорит, в частности, необычно выраженный болевой синдром при гастритах и язвенной болезни. Это можно сопоставить с более частыми осложнениями язвенной болезни и более тяжелым их течением (см. Клиника язвенной болезни).

Тем не менее данные Великой Отечественной войны опровергают мнение об учащении язвенной болезни в связи с боевой обстановкой, на что указывает статистика свежих язвенных заболеваний (до 25,0% всех больных), не превышающих таковые в мирное время; дальнейшее течение язвенной болезни зависит от состояния нервного аппарата, — если изменения в нервной системе незначительны, образовавшаяся эрозия или язва рубцуется и сравнительно быстро заживает. При наличии отчетливых изменений со стороны нервной системы, язва принимает хроническое течение. Необходимо также учитывать роль алиментарного фактора, хотя бы в смысле нарушения общей реактивности организма.

КЛИНИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Наиболее характерным признаком язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки были боли различной интенсивности, различного характера и локализации. По материалам Великой Отечественной войны, они встречались в 99,4% и только в 0,6% случаев отсутствовали.

Сопоставляя эти цифры с данными соответствующей литературы, следует подчеркнуть большую частоту болевого синдрома. Так, если в мирное время боли отсутствовали в среднем в 5,0% случаев, а на основании данных гражданских санаториев даже в 7,2%, то полученную цифру в 0,6% следует признать очень низкой.

Следовательно, язвы без болевого синдрома в действующей армии встречались значительно реже, чем в мирное время.

Наоборот, частота болей при язвенной болезни как желудка, так и двенадцатиперстной кишки значительно повысилась, и это, наряду с уменьшением числа случаев так называемых немых язв, является одной из особенностей язвенной болезни военного времени у военнослужащих.

Говоря о характере и интенсивности болей, следует выделить преимущественно два вида болей: это, с одной стороны, острые, резкие и сильные боли, которые иногда достигали исключительной интенсивности и продолжались от одного до нескольких часов, и, с другой стороны, тупые и ноющие боли, которые, как правило, отличались особой длительностью и потому сильно отражались на общем самочувствии больного, несмотря даже на свою нередко умеренную интенсивность.

По своему характеру и интенсивности боли распределялись следующим образом (табл. 39).

Таблица 39

Распределение болей по характеру и интенсивности
(в процентах)

Характер болей	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Острые и сильные боли	62,0	51,4
В том числе:		
режущие	9,8	7,3
схваткообразные	8,4	10,3
Тупые и ноющие	24,1	43,6
Сочетанные	3,9	5,0

Отсюда следует, что, несмотря на преобладание острых болей, тупые и ноющие боли встречались довольно часто, особенно при язвах двенадцатиперстной кишки. Этому обстоятельству следует придавать большое значение хотя бы потому, что такие длительные тупые и ноющие боли язвенные больные обычно испытывают в начальных стадиях заболевания, при относительной легкости клинического течения и отсутствии грубых морфологических изменений. Эти боли раньше считались характерными для хронических гастритов, но, как показывает табл. 39, они почти в половине случаев встречались при язвах двенадцатиперстной кишки и в $\frac{1}{3}$ случаев при язве желудка. Эти боли едва ли можно связывать с сопутствующим гастритом, так как последний отмечен в небольшом числе случаев (см. ниже).

Очень важно проследить характер болей при различной кислотности желудочного содержимого. При анацидных состояниях чаще всего была отмечена ноющая боль и реже всего острая, режущая или схваткообразная, причем это в одинаковой степени характерно для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Острая боль чаще всего отмечалась при наличии повышенной кислотности, ноющая боль преобладала в случаях с отсутствием кислотности (анацидных состояниях и ахилии).

Однако прямой зависимости между характером боли и кислотностью желудочного содержимого, повидимому, не существует, так как и при нормальной, и при повышенной, и при пониженной кислотности боли бывали одного и того же характера и нередко один вид болей переходил в другой в течение одного дня.

Несомненно одно: острые боли преобладали при наличии повышенной кислотности в желудочном содержимом, а тупые боли чаще сочетались с анацидным и ахилическим состоянием желудка; при наличии повышенной кислотности тупые и ноющие боли бывали главным образом в начальных стадиях заболевания.

В громадном большинстве случаев (в 84,0%) появление болей было связано с приемом пищи, значительно реже — с движениями; в еще меньшем числе случаев возникновение болей ни с чем нельзя было связать. Это видно из табл. 40.

Таблица 40

Связь появления болей с приемом пищи и с другими факторами
(в процентах)

Характер болей	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Связанные с приемом пищи	83,4	84,7
Не связанные с приемом пищи	12,6	11,0
Связанные с другими факторами	4,0	4,3

Истории болезни подтверждают характерную черту громадного большинства язвенных больных — связь болей с приемами пищи и в известной мере опровергают мнение, будто бы для язв военного времени типичны боли, не связанные с едой.

Конечно, не всегда бывает легко установить связь между временем приема пищи и появлением болей, так как и сами больные не всегда

склонны связывать поздние боли с приемом пищи, и потому только тщательный анамнез позволяет преодолеть эти трудности. Правда, пока еще не удалось установить точно связь между качеством и количеством пищи, с одной стороны, и временем появления болей — с другой, но на этот вопрос и в современной литературе нет четкого ответа.

Приводим данные о частоте различной локализации болей (табл. 41).

Таблица 41

Распределение болей по локализации (в процентах)

Локализация болей	Язва желудка (в %)	Язва двенадцати- перстной кишки (в %)
Подложечная область	84,5	81,8
Правое подреберье	3,5	8,6
Левое подреберье	1,0	0,8
Различная локализация (по всему животу, сочетанные)	11,0	8,8
Итого	100%	100%
Отсутствие данных	2,7	1,2

Отсюда следует, что чаще всего боли локализовались в подложечной области. Боли в области правого подреберья встречались значительно реже, причем при язвах двенадцатиперстной кишки отмечались в $2\frac{1}{2}$ раза чаще, чем при язвах желудка. Боли в области левого подреберья встречались еще реже. Однако установить локализацию диагностируемой язвы по местоположению боли не представляется возможным. Указания прежних авторов на то, что при язве двенадцатиперстной кишки боли чаще локализуются в правом подреберье, а при язве тела желудка — в левом подреберье, не подтверждаются материалами Великой Отечественной войны. Большое количество болей различной локализации (по всему животу, внизу живота, позади средней части грудины) также указывает на отсутствие прямой зависимости между локализацией болей и местоположением язвенного поражения в желудке. Иррадиация же болей была отмечена лишь в 7,0—9,0% и распространялась преимущественно на спину или вверх на грудь; выраженной зависимости направления иррадиации болей от локализации язвенного процесса также установить не удалось.

Очень большое значение имеет время появления болей. В литературе этот вопрос был освещен особенно полно и казался вполне ясным и решенным.

Однако данные, полученные за период Великой Отечественной войны, заставили вновь пересмотреть, казалось бы, незыблемые положения о времени появления болей при язве желудка.

Как известно, боли при язвенной болезни принято делить на ранние, поздние, ночные и голодные. Ранние боли, обычно появляющиеся сразу или через $\frac{1}{2}$ —1— $1\frac{1}{2}$ часа после приема пищи, считались наиболее характерными для кардиальных язв и язв малой кривизны желудка и по их наличию нередко пытались поставить соответствующую топическую диагностику. Материал Великой Отечественной войны обнаружил другую картину (табл. 42).

Таблица 42

**Распределение болей по времени возникновения
(в процентах)**

Характер болей	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Появляющиеся сразу после еды	13,6	9,1
Ранние	61,1	64,6
Поздние	4,8	8,7
Ночные	5,7	7,5
Голодные	2,7	2,8
Постоянные	12,1	7,3

Как видно из табл. 42, у громадного большинства больных наблюдались ранние боли и боли сразу после приемов пищи, причем при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки получены такие же цифры, как и при язвенной болезни желудка (в 73,7 и 74,7%). Этот очень важный факт заставляет пересмотреть установившиеся взгляды на патогенез болей при язвенной болезни. Их нельзя объяснить наличием перигастритов или перидуоденитов, так как последние, по данным историй болезни, встречались сравнительно редко. Кроме того, прежние объяснения ранних болей, ставящие в связь их появление с механическим раздражением обнаженных нервов язвенной поверхности, должны быть пересмотрены.

Ранние боли также не могут быть объяснены наличием сопутствующего гастрита, так как его наличие отмечено значительно реже, чем появление самих болей. Возникает мысль о возможности появления ранних болей в связи с сильными сокращениями желудка, со спазмом гладкой мускулатуры желудочной стенки, т. е. такие боли можно объяснить тем же механизмом, который вызывает так называемые поздние и голодные боли. Повидимому, само появление пищи в желудке уже является раздражением, которое вызывает спастическое сокращение стенки желудка; тем самым нарушение питания влечет за собой местную ишемию и боль.

Играет ли кислотность какую-либо роль в возникновении или усилении болевого синдрома?

Изучая зависимость между степенью кислотности и временем появления болей, нельзя было установить определенную связь между перечисленными показателями, так как те же ранние боли возникали почти одинаково часто при нормальной, повышенной и пониженной кислотности и даже при ее отсутствии.

Что касается усиления болей, то здесь роль повышенной кислотности вряд ли можно исключить (см. выше). Правда, большинство современных авторов не склонно придавать решающее значение кислотному фактору в происхождении болей. Поздние же и ночные боли, как видно из табл. 42, встречались в небольшом проценте случаев и по своей частоте не могут сравниваться с данными литературных источников как мирного, так и военного времени. Это относится главным образом к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, для которой всегда наиболее характерными считались поздние и ночные боли. В. Н. Смотров отметил поздние боли в 52,0% случаев.

Поэтому наши цифры — 8,7% и 7,5% — поздних и ночных болей при язвах двенадцатиперстной кишки являются очень низкими и необыч-

ными и могут расцениваться как особенность клинического течения язвенной болезни в действующей армии. Голодные боли также встречались редко: в 2,7% при язвенной болезни желудка и в 2,8% при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Эти боли появлялись преимущественно утром, натощак или перед обедом.

По литературным данным, они зависят или от спастического состояния желудка, или от гиперсекреции желудочного сока.

По данным мирного времени, голодные боли также встречались значительно чаще — в 35,0—38,0% случаев. Постоянные боли имели место, по нашим данным, в 12,1% при язвенной болезни желудка и в 7,3% при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Они отмечались в хронических, далеко зашедших случаях язвенной болезни, сопровождавшихся перигастритами и перидуоденитами. Начало этих заболеваний больные всегда относили еще к довоенному периоду и указывали, что они раньше тоже страдали болями, но менее интенсивными. Эти постоянные боли усиливались после принятия пищи и нередко носили характер поздних и ночных болей, повидимому, в связи с усилением перистальтических движений желудка.

В литературе, посвященной язвенной болезни, постоянные боли отмечены примерно в таком же проценте случаев (8,0—10,0) и также при различных осложнениях (перигастритом, перидуоденитом) и при проникающих язвах. Только в 0,5—0,6% случаев язвенные боли утихали после приема пищи. В соответствующей литературе точных указаний о частоте затихания болей найти не удалось, но все же считается общепринятым, что ночные и голодные боли нередко затихают после приема небольших количеств пищи.

Острые и сильные боли встречались почти одинаково часто у молодых и пожилых людей (табл. 43), примерно от 52,5 до 60,0%, а тупые и ноющие отмечены в 35,9—41,3%, причем и здесь отчетливых возрастных преобладаний заметить не удалось.

Таблица 43

Распределение болей по характеру в различных возрастных группах больных (в процентах)

Характер болей	Возраст			
	до 25 лет	26—35 лет	36—45 лет	свыше 45 лет
Острые и сильные	52,5	53,8	60,0	54,2
В том числе:				
режущие	8,8	9,4	8,6	5,9
схваткообразные	9,5	7,5	10,4	7,9
Тупые и ноющие	38,6	39,7	35,9	41,3
Сочетанные	8,9	6,5	4,1	4,5

Боли, как указано выше, часто сочетались с различными другими расстройствами со стороны желудка. Из них на первое место следует поставить рвоту, которая по основным данным встречалась при язвенной болезни желудка в 90,5%, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — в 88,1%. По литературным источникам довоенного периода и во время войны рвота при язвенной болезни наблюдалась значительно реже. Детальное изучение характера рвоты приведено в табл. 44.

Таблица 44

Характер рвоты при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Характер рвоты	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Рвота пищей	57,9	68,8
» слизью	2,6	4,6
» кислым содержимым	3,9	5,5
» горьким »	2,9	2,8
Кровавая:	32,7	18,3
с примесью крови	18,8	13,3
чистой кровью	8,1	2,6
«кофейной гущей»	5,8	2,4

Больше чем в половине случаев не было указаний на характер рвоты, и потому приведенные в таблице проценты относятся не ко всем случаям язвенной болезни, сопровождавшимся рвотой, а только к тем, где был отмечен ее характер; только с этой оговоркой можно разбирать полученные результаты.

Необходимо отметить частое сочетание рвоты с болями, причем иногда рвота появлялась в разгар болей, и последние несколько уменьшались или исчезали после рвоты пищей или кислым и горьким содержимым желудка.

Как видно из табл. 44, в большинстве случаев наблюдалась рвота пищей, причем определенной зависимости между приемами пищи и временем появления рвоты установить не удалось.

Во взаимоотношении между частотой рвоты и наличием или отсутствием кислотности в желудочном содержимом определенной зависимости установить не удалось, но все же создается впечатление, что рвота пищей чаще наблюдалась при анацидных состояниях, чем при нормальной или повышенной кислотности. Так, при язвенной болезни желудка рвота пищей отмечена при анацидных состояниях в 71,3%, а при повышенной или нормальной кислотности — в 63,3—60,0% случаев; для язвы двенадцатиперстной кишки — соответственно 73,1—62,5—61,6%.

Здесь наблюдалась тенденция, явно противоположная той, которая имела место в отношении кровавой рвоты.

Кровавая рвота наблюдалась довольно часто: в 32,7% при язвенной болезни желудка и в 18,3% при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Однако необходимо прежде всего уточнить термин «кровавая рвота» применительно к данной группе больных.

В графу «кровавая рвота» табл. 44 внесена рвота пищей с примесью крови, выделение чистой крови и рвота «кофейной гущей». Рвоту чистой кровью и «кофейной гущей» следует трактовать как более или менее обильные желудочные кровотечения, которые при язвенной болезни желудка дали летальный исход в 1,6% случаев, а при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в 0,08% (см. ниже).

При уточнении вопроса о рвотах с примесью крови удалось выяснить, что сюда следует отнести небольшую примесь крови к пищевым рвотным массам. Такой характер рвоты ни в коем случае не следует рассматривать

как осложнение язвенной болезни или как тяжелый симптом данного заболевания. Наоборот, рвота чистой кровью или «кофейной гущей» должна рассматриваться как осложнение язвенной болезни, а не одно из проявлений данного заболевания.

Вопрос о частоте язвенных кровотечений в современной литературе представлен различно. В статистике отдельных авторов имеются большие расхождения, как это видно из табл. 45, где сопоставлены данные литературы и опыта Великой Отечественной войны.

Как показывает табл. 45, большинство авторов дает сравнительно высокие цифры острых желудочных кровотечений, причем следует подчеркнуть, что за время войны не только не отмечено их увеличения, но в большинстве случаев это тяжелое осложнение наблюдалось реже, чем в мирное время, на что указывал еще в 1947 г. П. И. Егоров.

При разборе частоты желудочных кровотечений по годам Великой Отечественной войны можно убедиться в том, что, начиная с 1943 г., это осложнение встречалось реже, чем в 1941—1942 гг.

Представленный материал, по данным карт углубленной разработки, наиболее точно и полно отражает частоту желудочных кровотечений при язвенной болезни среди военнослужащих.

О частоте рвоты пищей с примесью крови мы почти не имеем указаний в современной литературе. Поэтому данные табл. 44 (18,8% для язвы желудка и 13,3% для язвы двенадцатиперстной кишки) не могут быть сопоставлены с подобными цифрами у других авторов.

Таблица 45

Частота желудочных кровотечений при язвенной болезни, по данным различных авторов, до и во время Великой Отечественной войны

Автор	Частота желудочных кровотечений (в %)
До Великой Отечественной войны	
Лурия	47,0 (при язве желудка) 27,0 (при язве двенадцатиперстной кишки)
Смотров	20,0 (с 1930 по 1943 г.)
Кипшидзе	20,7 (с 1931 по 1946 г.)
Фленель	12,0
Булавинцев	15,5
Стражеско	19,0
Сахаров	20,0
Джанелидзе	4,2
Во время Великой Отечественной войны	
Хлебников	14,4
Лебедев	8,0
Березов	11,5
Голинкер	18,3
Предтеченский	23,3
Николаев	37,0
Клыков	23,3
Милх и Красикова	15,1 (при язве желудка) 45,3 (при язве двенадцатиперстной кишки)
Лорие и Крапивина	15,0

Рвота кислой жидкостью отмечена лишь в 3,9% при язвах желудка и в 5,5% при язвах двенадцатиперстной кишки. Она также часто присоединялась к болям, особенно в разгар их, причем после рвот кислым содержимым боли обычно затихали. Рвота слизью, как правило, бывала утром, натощак, и обычно присоединялась к голодным болям; наблюдалась она большей частью при наличии сопутствующего гастрита.

Как видно из табл. 44, рвота слизью и кислым содержимым чаще встречалась при язвах двенадцатиперстной кишки.

Рвота горьким содержимым (с примесью желчи) одинаково часто встречалась при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заканчивая рассмотрение этого характерного для язвенной болезни симптома, следует подчеркнуть, что рвота, наряду с болями, составляла основную жалобу язвенных больных, заставлявшую их в первую очередь обращаться за медицинской помощью. Поэтому рвоту следует считать симптомом, безусловно характерным для язвенной болезни, и не ставить ее в зависимость от наличия сопутствующего гастрита. На представленном материале это убедительно доказывает хотя бы тот факт, что сопутствующий гастрит был обнаружен значительно реже, чем рвота (см. ниже).

Следующим субъективным симптомом, очень беспокоившим больных, была изжога, значение которой при язвенной болезни до сих пор не ясно.

На материале карт углубленной разработки изжога встречалась так же часто, как и перечисленные симптомы: при язвенной болезни желудка — в 64,3%, а при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — в 72,5% случаев, т. е. в таких же соотношениях, как и по данным большинства других авторов: у И. В. Лебедева — в 70,0%, у В. Н. Хлебникова — в 63,0—93,0%. Определенной связи между временем появления болей и изжогой по историям болезни Великой Отечественной войны установить не удалось ни для язвенной болезни желудка, ни для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Важно было установить частоту появления изжоги, в зависимости от кислотности желудочного содержимого. Это видно из табл. 46.

Таблица 46

Зависимость между кислотностью желудочного содержимого и частотой появления изжоги при различной локализации язвы (в процентах)

Локализация язвы	Кислотность	Наличие изжоги	Отсутствие изжоги
Язва желудка	Повышенная	73,0	27,0
	Нормальная	70,1	29,9
	Пониженная	72,7	27,3
	Анацидное состояние . . .	58,4	41,6
Язва двенадцатиперстной кишки	Повышенная	77,3	22,7
	Нормальная	75,0	25,0
	Пониженная	66,3	33,7
	Анацидное состояние . . .	63,0	37,0

Из табл. 46 видно, что между наличием и отсутствием кислотности и появлением изжоги существует некоторая зависимость, особенно

если сопоставить повышенную кислотность с анацидным состоянием. Однако полного соответствия отметить не удастся. Сравнительная частота изжоги при анацидных состояниях ставит под сомнение существующее объяснение изжоги, связывающее ее появление с забрасыванием кислого содержимого желудка в пищевод. Повидимому, приходится придавать значение и повышенной чувствительности пищевода, патологически измененного при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Отрыжка отмечена в 66,2% при язве желудка и в 72,8% при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Ее диагностическое значение безусловно меньше, чем изжоги, хотя в некоторых случаях отрыжка переходила в срыгивание и являлась как бы предвестником рвоты. Отрыжка была различной, чаще всего кислой или тухлой. Так, кислая отрыжка встречалась в 24,8% случаев при язве желудка и в 26,9% при язве двенадцатиперстной кишки; тухлая — в 31,8% при язве желудка и в 27,6% при язве двенадцатиперстной кишки.

Реже встречалась отрыжка пищей (в 7,7% при язве желудка и в 6,5% при язве двенадцатиперстной кишки) или воздухом (соответственно в 4,3 и 4,1%), или горькая (в 5,7 и 6,0%). В остальных случаях характер отрыжки, по данным историй болезни, установить не удалось.

Можно было ожидать наличия некоторой зависимости между степенью кислотности желудочного содержимого и характером отрыжки. Изучение указанных данных показало, что при повышенной кислотности в случае язвы желудка в 27,0% и в случае язвы двенадцатиперстной кишки в 33,4% отрыжка была кислой, соответственно в 29,5 и 25,4% — тухлой; отрыжка воздухом была только в 4,6 и 4,0%, пищей — в 6,1 и 5,8%; в остальных случаях характер отрыжки установить не удалось.

При нормальной кислотности отрыжка тухлым была при язве желудка в 32,5%, при язве двенадцатиперстной кишки в 31,2%, кислым — соответственно в 26,0 и 21,5%, воздухом — в 4,8 и 3,2%, пищей — в 6,9 и 9,7%.

При пониженной кислотности явно преобладала тухлая отрыжка, которая наблюдалась при язве желудка в 51,5%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 38,7; значительно реже была кислая отрыжка — соответственно в 17,2 и 16,1%; отрыжка воздухом была в 4,0 и 4,8%, пищей — в 3,0 и 11,3%.

При анацидных состояниях также превалировала отрыжка тухлым: при язве желудка в 28,9%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 35,8%; отрыжка кислым была отмечена реже (в 25,5 и 15,1%), воздухом — в 3,3 и 3,8%.

На основании этих данных можно думать, что характер отрыжки в известной степени обусловлен степенью кислотности желудочного содержимого, но прямой зависимости между этими симптомами не существует.

Так, тухлая отрыжка чаще всего встречалась при понижении кислотности, а кислая — при высокой или нормальной кислотности. Указания некоторых авторов на то, что тухлая отрыжка свойственна больным со стенозом привратника, на материале Великой Отечественной войны не подтвердилась, так как стеноз привратника встречался довольно редко — в 2,1%, а отрыжка тухлым — значительно чаще. Небольшое число случаев отрыжки съеденной пищей и отрыжки воздухом указывает на то, что подобный характер отрыжки не свойствен язвенной болезни и поэтому встречается сравнительно редко.

Следующему симптому — тошноте — следует придавать значение вследствие тех очень неприятных ощущений, которые испытывают больные при этом симптоме. По данным карт разработки, она встречалась при язве желудка в 52,2%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 61,5%, чаще всего в сочетании с указанными выше симптомами. Тошнота постоянного характера отмечалась довольно редко: лишь в 2,3% при язве желудка и только в 1,0% при язве двенадцатиперстной кишки. Тошнота появлялась натошак в 0,8% при язве желудка и в 1,4% при язве двенадцатиперстной кишки, а после приемов пищи — в 4,3% при язве желудка и в 5,2% — при язве двенадцатиперстной кишки.

Необходимо отметить, что эти цифры имеют только относительное значение, так как в 89,0—90,1% случаев была отмечена тошнота без уточнения ее характера.

Зависимости между степенью кислотности, ее наличием или отсутствием, с одной стороны, и характером и временем возникновения тошноты — с другой, не удалось установить ни для язвы желудка, ни для язвы двенадцатиперстной кишки.

Ряд современных авторов указывает, что тошнота не является патномоничным симптомом для язвенной болезни и более всего свойственна гастритам, раку, расширению желудка на почве стеноза привратника, а также целому ряду других заболеваний (почек, центральной нервной системы, желчных путей и печени, кишечника, хронических интоксикаций, наличию глистов и пр.), причем в этих случаях тошнота возникает рефлекторным или гуморальным путем. Поэтому у больных необходимо было прежде всего исключить все другие заболевания, в первую очередь сопутствующий гастрит.

Однако опыт Великой Отечественной войны показал, что гастриты при язве желудка встречались лишь в 20,3%, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 28,6%. Но и при этих цифрах сопутствующих гастритов все же объяснить ими все случаи тошноты не представляется возможным, а потому следует искать другое объяснение. Наличие глистной инвазии также не может объяснить все случаи тошноты, так как исследование кала на яйцаглистовдало положительный результат лишь в 6,1% случаев (см. ниже). Сопутствующее поражение почек, печени, желчных путей отмечено также довольно редко. Правда, в моче в 3,5% при язвенной болезни желудка и в 2,9% случаев при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обнаружен белок, цилиндры и эритроциты, но и в этих случаях не было функциональной недостаточности почек, которая могла бы обусловить появление тошноты. Поэтому, говоря о происхождении этого симптома, следует связать его для большинства случаев с наличием самой язвенной болезни и объяснить, так же как возникновение самой язвенной болезни, нарушением центральной регуляции и изменением тонуса вегетативной нервной системы.

Необходимо, повидимому, признать, что тошнота является также характерным симптомом язвенной болезни, составляя одно из проявлений этого заболевания, и имеет тот же патогенез, что и сама язвенная болезнь.

Интересен вопрос о состоянии аппетита у язвенных больных. Все исследователи до войны указывали на то, что аппетит у язвенных больных, как правило, бывает сохранен, но нередко больные избегают еды из-за боязни появления болей. В отдельных случаях аппетит даже ненормально повышенным и сравнительно редко пониженным.

Несколько иную картину мы встречаем в данных опыта Великой Отечественной войны. Прежде всего обычный, нормальный аппетит отмечен только в 37,1% случаев при язве желудка и в 39,6% при язве двенадцатиперстной кишки. Пониженный аппетит отмечен в 40,9% при язве желудка и в 37,9% при язве двенадцатиперстной кишки. Полное отсутствие аппетита наблюдалось при язве желудка у 16,0%, при язве двенадцатиперстной кишки — у 14,2% больных. Несмотря на то, что эти процентные отношения необходимо принимать с известной оговоркой, так как у $\frac{1}{3}$ больных в историях болезни не было упоминаний об отсутствии или наличии аппетита, все же больше чем в половине случаев язвенной болезни аппетит был понижен, что объяснялось не боязнью вызвать появление болей, а основным патологическим процессом. Установить зависимость между наличием или отсутствием аппетита и кислотностью желудочного содержимого не представляется возможным, так как при различной степени кислотности или даже при ее отсутствии колебания аппетита шли в одном и том же направлении, и приведенные выше цифры характерны для всех степеней кислотности, включая и анацидные состояния.

Следующей жалобой больных были нарушения со стороны кишечника, которые, по литературным данным, часто наблюдаются у язвенных больных. Так, наиболее часто у подобных больных встречаются запоры, в патогенезе которых играют роль по крайней мере два момента: прежде всего спастические сокращения толстого кишечника, в силу чего кал нередко имеет форму овечьего в виде шариков или узких ленточек; вторым моментом, имеющим не менее важное значение, является диетическое питание, употребление больными пищи, бедной клетчаткой, особенно при соблюдении постельного режима; короче говоря, запоры носят спастический или алиментарный характер.

Во время Великой Отечественной войны среди госпитализированных язвенных больных запоры отмечены почти в 50,0% случаев. Реже встречались поносы, которые наблюдались у наиболее тяжелых больных и большей частью были связаны с рядом вторичных моментов: инфекцией, гиповитаминозами, сопутствующими заболеваниями других органов, изменениями вегетативной нервной системы и пр.

Нарушения функций кишечника у больных язвенной болезнью проявлялись в следующем (табл. 47).

Таблица 47

**Нарушения функции кишечника (характер стула)
при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки
(в процентах)**

Характер стула	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Нормальный	31,7	32,0
Запоры	41,6	51,4
Поносы	8,4	5,2
Смена поносов запорами . . .	8,9	8,5
Дегтеобразный	8,4	2,3
Кал со слизью и кровью . . .	0,8	0,6

Как видно из табл. 47, представленные данные отличаются некоторым своеобразием. Это в первую очередь относится к частоте дегтеобраз-

ного кала, наличие которого стоит в прямой зависимости от желудочных и дуоденальных кровотечений; цифры в 8,4 и 2,3% не следует признавать высокими, так как ряд авторов приводит значительно большие цифры. Так, В. Н. Смотров указывает, что, по данным мирного времени, дегтеобразные испражнения встречались в 27,0% случаев язвенной болезни.

Материал карт углубленной разработки, повидимому, правильно отражает истинное положение вещей, тем более что частота дегтеобразного стула при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки дает те же соотношения, что и частота желудочных кровотечений при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таковы основные жалобы больных, страдающих язвенной болезнью. Большинство этих жалоб в сумме своей составляло то очень важное ощущение, которое носит название самочувствия больного.

Анализируя самочувствие больного хотя бы при изучении историй болезни, в период длительного наблюдений за больными, следует указать на его изменчивость: бывали дни, когда самочувствие было хорошим, затем становилось плохим, потом снова хорошим и т. п.

В части случаев это было непосредственно связано с обострением болей, усилением рвоты, тошноты и т. д., в других же случаях такая прямая зависимость отсутствовала.

Школа акад. К. М. Быкова доказала, что слизистая оболочка желудка обладает специальными интерорецепторами, импульсы с которых могут доходить до мозговой коры.

При физиологическом анализе такого понятия, как самочувствие человека, возможно влияние импульсов и со стороны рецепторов желудка, особенно патологически измененного, в частности, при язвенной болезни.

Принято думать, что импульсы, идущие из внутренних органов, например, из желудка, могут быть охарактеризованы как подпороговые и в дальнейшем могут сделаться пороговыми при суммировании частых, длительных и достаточно сильных раздражений (К. М. Быков). Повидимому, интерорецептивные сигналы вызывают подсознательные ощущения, которые иногда и могут давать чувство неопределенного недомогания, наблюдаемого у желудочных больных. Если же принять указание советских физиологов, что от интерорецепторов постоянно идут импульсы по афферентным путям в кору головного мозга, то станет понятным то многообразие неприятных ощущений (боли, рвота, тошнота, отрыжка, плохое самочувствие и пр.), которые испытывают больные язвенной болезнью.

Особое место среди рецепторов занимают рецепторы болевой чувствительности, так как боль сама по себе рефлекторно вызывает сдвиги в вегетативной нервной системе, а последние влияют в свою очередь на многие процессы в организме (Л. А. Орбели). Доказано, что при определенных патологических состояниях болевые ощущения внутренних органов приобретают большое количественное выражение и являются поводом для тяжелых переживаний больных. В результате возникают тяжелые ипохондрические состояния, которые создают патологический нервный статус язвенного больного и дополняют общую картину его субъективного состояния.

Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что, помимо перечисленных жалоб, большинство больных имело еще общее плохое самочувствие, правда, непостоянного характера, и повышенную возбудимость нервной системы, что обычно и свойственно подобным больным.

При изучении объективного статуса больных язвенной болезнью удалось подметить ряд важных данных. Больше чем в половине случаев эти больные были людьми с пониженным питанием (табл. 48).

Язык у большинства больных был обложен: у больных язвой желудка — в 80,0% случаев, у больных язвой двенадцатиперстной кишки — в 74,3%, причем сухой обложенный язык был отмечен в 13,1% при язве желудка и в 6,8% при язве двенадцатиперстной кишки; в отношении влажного, обложенного языка эти цифры будут соответственно равняться 66,9 и 66,5%.

Таблица 48

Упитанность больных язвенной болезнью при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Упитанность	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Хорошая	2,2	3,7
Средняя (нормальная)	35,6	43,9
Пониженная	62,2	52,4

Эти данные идут вразрез с общепринятым в мирное время положением, что у язвенных больных язык в большинстве случаев не изменен. Изменения языка у больных язвенной болезнью в Великую Отечественную войну могли быть поставлены в связь с сопутствующим язве гастритом или другими поражениями желудочно-кишечного тракта. Изменений со стороны полости рта отмечено не было.

Наибольшие изменения были отмечены со стороны живота как при внешнем осмотре, так и при пальпации, что видно из табл. 49.

Таблица 49

Изменения конфигурации живота и напряжения брюшных стенок при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Изменения живота	Язва желудка (в %)	Язва двенадцатиперстной кишки (в %)
Нормальная конфигурация и вид	49,3	59,0
Вздутый	22,4	18,2
Запавший	9,9	8,2
Напряжение брюшных стенок	18,4	14,6
Из них: напряжение всех мышц живота	13,0	7,7
напряжение в области правого подреберья	4,6	6,0
напряжение в области левого подреберья	0,8	0,9
Отсутствие данных	7,0	4,3

Как показывает табл. 49, наиболее важный симптом — напряжение брюшных мышц — встречался в небольшом числе случаев — в 18,4 и 14,6%.

Принято считать, что этот симптом указывает на вовлечение в процесс брюшины, на наличие перигастрита или перидуоденита и является обычно признаком обострения язвенной болезни. Сопоставляя эти цифры (18,4 и 14,6%) с количеством осложнений (17,9% — см. ниже), можно установить примерное совпадение этих симптомов. Напряжение мышц чаще имело место в подложечной области, окружности пупка и подреберье.

Как и следовало ожидать, напряжение брюшных мышц в области правого подреберья чаще наблюдалось при язве двенадцатиперстной кишки (в 6,0% по отношению ко всем данным, полученным при обследовании живота, и в 40,0% по отношению ко всем случаям, в которых наблюдалось напряжение брюшной стенки). Для язвы желудка соответствующие цифры будут 4,6 и 25,0%. Их следует признать достоверными, так как отсутствие данных о состоянии живота имело место только в 4,3 и 7,0% случаев.

Помимо указанных симптомов, большое значение следует придавать болезненности и чувствительности живота, на которую жаловались больные при обследовании.

Как показывает табл. 50, отсутствие болей при ощупывании живота отмечено в 4,6% при язве желудка и в 4,1% при язве двенадцатиперстной кишки.

Таблица 50

**Локализация болезненности в момент ощупывания
живота при язвенной болезни**

Локализация болезненности при ощупывании	Язва желудка (в %)	Язва двена- дцатиперстной кишки (в %)
Подложечная область	68,2	64,6
Правое подреберье	6,6	11,4
Левое »	5,8	2,4
Область пупка	0,6	2,4
Правая подвздошная область	0,5	0,5
По всему животу	12,5	13,2
Наличие болевых точек	1,2	1,4
Отсутствие болезненности	4,6	4,1
Итого	100,0	100,0
Отсутствие данных	1,6	0,4

В большинстве случаев отмечена диффузно распространенная болезненность в подложечной области, особенно при глубокой пальпации; она почти одинаково часто (68,2 и 64,6%) имела и при язве желудка, и при язве двенадцатиперстной кишки. Болезненность в правом подреберье более характерна и чаще встречалась (в 11,4 против 6,6%) при язве двенадцатиперстной кишки по сравнению с язвой желудка, и, наоборот, боли в левом подреберье чаще отмечены при язве желудка, чем при язве двенадцатиперстной кишки (5,8 против 2,4%). Боли в области пупка значительно чаще были отмечены при язве двенадцатиперстной кишки (2,4 против 0,6%) по сравнению с язвой желудка, а боли в подвздошной области справа одинаково редко (в 0,5%) были при язвах той и другой локализации.

Распространенная болезненность по всему животу встречалась почти одинаково часто (в 12,5 и 13,2%) при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки.

Исчерпывающего объяснения указанных болей еще не имеется. Они меньше всего обусловлены давлением непосредственно на больной очаг, на самую язву, что вообще имеет место сравнительно редко. Значительно чаще субстратом этих болей может служить париетальный листок брюшины, солнечное и периаортальное сплетение.

Эти болевые зоны, будучи нередко рефлекторными, часто не соответствуют местоположению патологического очага и сочетаются или совпадают с мышечным напряжением брюшной стенки.

Как видно из табл. 50, у 1,2—1,4% больных отмечено наличие отдельных болевых точек, которые, помимо глубокой пальпации, определялись и перкуторно.

Сравнительно редкое обнаружение этих болевых точек лишний раз подчеркивает относительную ценность этого симптома.

У большинства больных болезненность при ощупывании живота и нередко сопутствующее мышечное напряжение брюшной стенки были выражены в умеренной степени и только при осложненных язвах (см. ниже). Эти симптомы были весьма отчетливы особенно при перфорации и имели большое диагностическое значение.

Имелись указания на наличие вегетоневроза у 4,6% больных язвой желудка и у 8,5% больных язвой двенадцатиперстной кишки. Кроме того, функциональное расстройство нервной системы было обнаружено у 8,5% язвенных больных.

Изменений со стороны температуры тела у больных язвенной болезнью, как правило, не отмечалось.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кислотность желудочного содержимого

Кислотность желудочного содержимого была исследована у 78,5% язвенных больных, и результаты исследований представлены в табл. 51.

Таблица 51

Кислотность желудочного содержимого (в процентах)

Кислотность	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Нормальная	29,8	22,8
Повышенная	44,0	59,8
Пониженная	12,3	7,9
Отсутствие свободной соляной кислоты . . .	8,5	4,1
Ахилия	3,7	2,6
Меняющаяся кислотность	1,7	2,8
Итого	100,0	100,0

Как видно из табл. 51, при язве двенадцатиперстной кишки чаще встречалась повышенная кислотность (в 59,8%) по сравнению с язвой желудка (в 44,0%) и реже пониженная (в 7,9% против 12,3% при язве желудка); анацидно-ахилческое состояние при язве двенадцатиперстной кишки было почти в два раза реже, чем при язве желудка. Следовательно, и во время Великой Отечественной войны сохранялась установленная до войны закономерность, что для язвы двенадцатиперстной кишки характерна большая частота случаев с повышенной кислотностью и меньшая с пониженной по сравнению с язвой желудка.

Отсутствие свободной соляной кислоты и ахилия имели место в значительном проценте случаев не только среди больных язвой желудка (12,2%), но и среди больных язвой двенадцатиперстной кишки (6,7%). Если сравнить данные о кислотности желудочного содержимого у больных во время Великой Отечественной войны с результатами исследований желудочного содержимого, произведенных в довоенное время, то можно отметить значительно больший процент случаев с пониженной кислотностью как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки по сравнению с довоенным периодом (табл. 52).

Таблица 52

Кислотность желудочного содержимого при сравнении с довоенными данными
(в процентах)

Автор	Кислотность при язве желудка				Кислотность при язве двенадцатиперстной кишки			
	нормальная	повышенная	пониженная	отсутствие НСІ	нормальная	повышенная	пониженная	отсутствие НСІ
Данные историй болезни военного времени . . .	29,8	44,0	13,3	12,9	23,8	59,6	7,9	8,7
Смотров	50,0	35,0	15,0	—	41,0	51,0	8,0	—
Петров	26,0	51,0	21,0	2,0	12,6	80,4	1,0	—
Флекель	32,0	60,0	8,0	—	25,0	64,0	10,0	1,0
Промптова	19,0	34,0	47,0	—	23,0	44,0	33,0	—
Лурья	52,0	29,0	15,0	4,0	25,0	75,0	—	—

Отсюда можно сделать вывод, что во время Великой Отечественной войны увеличилось количество больных язвенной болезнью с пониженной кислотностью и особенно с отсутствием свободной соляной кислоты за счет снижения процента больных с повышенной и отчасти с нормальной кислотностью.

Заслуживают внимания изменения кислотности у больных по годам войны. Эти данные представлены в табл. 53.

Таблица 53

Изменения кислотности желудочного содержимого у больных по годам войны
(в процентах)

Кислотность	Язва желудка					Язва двенадцатиперстной кишки				
	год войны				среднее за 4 года	год войны				среднее за 4 года
	первый	второй	третий	четвертый		первый	второй	третий	четвертый	
Нормальная . . .	27,9	32,6	30,1	28,0	29,8	27,8	23,2	18,8	24,5	22,8
Повышенная . . .	44,3	42,1	45,5	44,3	44,0	60,1	58,9	62,7	57,4	59,8
Пониженная . . .	13,1	13,0	12,0	11,4	12,3	6,0	7,6	7,3	9,3	7,9
Анацидное состояние	8,7	8,0	7,4	10,0	8,5	2,3	3,8	5,8	3,6	4,1
Ахилия	4,4	2,9	3,0	4,8	3,7	2,3	2,7	2,1	3,0	2,6
Меняющаяся кислотность	1,6	1,4	2,0	1,5	1,7	1,5	3,8	3,3	2,2	2,8
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 53, процент больных язвой желудка с пониженной кислотностью и анацидно-ахилическим состоянием в первый год со-

ставлял 26,2, на второй — 23,9, на третий — 22,4 и на четвертый — 26,2, т.е. на второй и третий год войны было незначительное снижение процента этих больных, а на четвертый он вновь достиг исходных цифр.

Увеличение числа больных язвой двенадцатиперстной кишки с пониженной кислотностью и анацидно-ахилическим состоянием было выражено более рельефно: в первый год — 10,6%, во второй — 14,1%, в третий — 15,2%, в четвертый год — 15,9%.

Правда, отмеченные колебания не велики, но достаточны, чтобы говорить о постепенном закономерном увеличении процента больных с пониженной кислотностью и анацидно-ахилическим состоянием, причем интересно указать, что среди больных язвой двенадцатиперстной кишки одновременно наблюдалось снижение процента лиц с нормальной кислотностью и лишь в меньшей степени больных с повышенной кислотностью.

Кислотность желудочного содержимого по возрастным группам представлена в табл. 54.

Таблица 54

Кислотность желудочного содержимого по возрастным группам (в процентах)

Кислотность	Язва желудка				Язва двенадцатиперстной кишки			
	18—25 лет	26—35 лет	36—45 лет	46 лет и выше	18—25 лет	26—35 лет	36—45 лет	46 лет и выше
Нормальная	29,3	31,2	29,5	28,0	21,0	23,6	22,5	23,2
Повышенная	52,0	43,8	43,2	43,3	65,4	60,9	58,8	50,9
Пониженная	9,4	12,7	11,6	15,3	6,8	8,2	7,2	10,7
Анацидное состояние	8,0	8,2	9,2	7,0	1,5	4,0	4,1	8,0
Ахилия	—	2,9	5,0	3,2	2,3	1,1	4,3	2,7
Меняющаяся кислотность	1,3	1,2	1,5	3,2	3,0	2,2	3,1	4,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 54 видно, что у больных язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки нормальная кислотность встречалась во всех возрастных группах почти в одинаковом проценте случаев (около 29,8% при язве желудка и около 22,8% при язве двенадцатиперстной кишки). Повышенная кислотность чаще встречалась в молодом возрасте, и, наоборот, пониженная кислотность и анацидно-ахилическое состояние чаще наблюдались в старшем возрасте как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки.

Необходимо упомянуть, что исследования желудочного содержимого производились преимущественно толстым зондом и лишь в небольшом проценте случаев (5,0—7,0) — тонким зондом.

Данные об этапах эвакуации, на которых впервые было произведено исследование желудочного содержимого, приведены в табл. 55.

Таблица 55

Распределение больных по месту (этапу) первого исследования желудочного содержимого (в процентах)

Этап	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
МСБ	1,6	2,4
ЦПГ	5,4	4,2
ТППГ	8,1	8,3
Эвакогоспиталь армии	8,0	6,1
СЭГ	4,5	4,2
Эвакогоспиталь фронта	31,6	34,3
» тыла	39,1	38,4
ГЛР	1,6	2,1
Итого . . .	100,0	100,0

Как видно из табл. 55, на передовых этапах эвакуации исследование желудочного содержимого произведено лишь у $\frac{1}{6}$ больных язвенной болезнью. Главная масса больных обследовалась преимущественно в армейском и фронтовом районе. Однако мы должны учесть, что более половины язвенных больных поступило в лечебные учреждения из фронтового и тылового района.

Таким образом, в войсковом и армейском районе исследования желудочного содержимого произведены не менее чем у половины всех госпитализированных язвенных больных. Меньшая часть эвакуирована во фронтовые и тыловые госпитали без исследования желудочного сока.

Исследования крови у язвенных больных

Кровь у язвенных больных была исследована в 76,0% случаев, но полное исследование крови было произведено только в 63,7%. Полный анализ крови впервые производился преимущественно в лечебных учреждениях фронтового и тылового района.

Таблица 56

Распределение больных по составу крови (в процентах)

Состояние крови	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки	Примечание
Анемия	32,9	18,5	Анемия: гемоглобин ниже 60%, количество эритроцитов меньше 4 000 000
Повышение процента гемоглобина и количества эритроцитов	2,3	4,4	Повышенное содержание гемоглобина — 80% и выше, количество эритроцитов — 5 500 000 и выше
Прочие изменения	15,1	13,4	Различные отклонения в формуле, количестве лейкоцитов и т. п.
Нормальный состав крови	49,7	63,7	
Итого . . .	100,0	100,0	

Из табл. 56 становится очевидной прежде всего значительная разница в составе крови у больных язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки. У последних анемия встречалась почти в два раза реже, а повышенное количество гемоглобина и эритроцитов — почти в два раза чаще, чем при язвенной болезни желудка. Нормальный состав крови встречался чаще при язве двенадцатиперстной кишки. Эти факты уже известны также по литературе мирного времени. Та же закономерность сохранялась и во время Великой Отечественной войны.

В довоенной литературе существовало мнение, что на состав крови у язвенных больных оказывает влияние кислотность желудочного содержимого; в частности, указывалось, что эритроцитоз чаще встречается при повышенной кислотности желудочного содержимого. Опыт Великой Отечественной войны показал, что зависимости между кислотностью желудочного содержимого и составом крови не существует (табл. 57).

Таблица 57

Распределение больных по составу крови в связи с состоянием кислотности желудочного содержимого (в процентах)

Состав крови	Кислотность при язве желудка						Кислотность при язве двенадцатиперстной кишки					
	нормальная	повышенная	пониженная	анацидное состояние и ахилия	меняющаяся	итого	нормальная	повышенная	пониженная	анацидное состояние и ахилия	меняющаяся	итого
Анемия	33,0	24,9	35,7	33,7	—	29,2	16,7	16,9	21,4	20,0	25,0	17,7
Повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов . .	1,8	3,8	1,2	3,4	—	2,8	5,6	4,2	5,4	3,6	—	4,4
Прочие изменения крови	11,8	13,2	16,7	12,4	40,0	13,6	16,7	11,6	16,1	18,2	20,0	13,7
Нормальный состав крови . . .	53,4	58,1	46,4	50,5	60,0	54,4	61,0	67,3	57,1	58,2	55,0	64,2
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Так, например, при язве желудка анемия при нормальной кислотности встречалась в 33,0%, при повышенной — в 24,0%, а при пониженной кислотности и анацидно-ахилическом состоянии — в 35,7 и 33,7%. Повышенное количество гемоглобина и эритроцитов при повышенной кислотности отмечено в 3,8%, при анацидно-ахилическом состоянии — в 3,4% и т. д. Примерно такие же соотношения существуют для больных язвой двенадцатиперстной кишки.

Ускоренная РОЭ наблюдалась только в 11,0% случаев. На материале мирного времени также было установлено, что для язвенной болезни более характерна нормальная и даже пониженная РОЭ.

Кал у язвенных больных был исследован в 56,7% со следующими результатами: скрытые кровотечения — 32,0% случаев, дегтеобразный стул —

0,8%, глисты — 6,1%, слизь и прочие примеси — 1,1%, нормальный кал — 60,0%.

Необходимо отметить, что при язве желудка скрытые кровотечения встречались немного чаще, чем при язве двенадцатиперстной кишки.

Несомненно, заслуживают особого внимания скрытые кровотечения. Опыт Великой Отечественной войны показал, что они были в 32,0% случаев язвенной болезни, т. е. не чаще, чем в мирное время. Дегтеобразный стул в наших данных отмечен только в 0,8% на основе лабораторных исследований, клинически же дегтеобразный стул при язве желудка наблюдался в 8,4%, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 2,3%. Результаты исследований мочи у язвенных больных, произведенных в 73,0% случаев, представлены в табл. 58.

Таблица 58

Результаты исследования мочи у больных язвенной болезнью

Характеристика мочи	%
Белок от следов до 0,6‰	6,0
Белок и лейкоциты	1,5
Эритроциты и белок	1,0
Эритроциты, лейкоциты и белок	1,1
Цилиндры, эритроциты, белок и лейкоциты	0,9
Различные сочетания патологического осадка	1,5
Лейкоциты 15—25 в поле зрения	2,5
Нормальная моча	85,5
Итого . . .	100,0

Таким образом, почти у $\frac{1}{6}$ язвенных больных в моче обнаружены различные патологические изменения.

Анализ историй болезни показывает, что в анамнезе у больных с патологическими явлениями в моче не было указаний на ранее перенесенные заболевания почек или мочевыводящих путей. Однако это отнюдь не значит, что они не имели места у этих больных, тем более что в редких случаях почечные заболевания могли протекать скрыто. Не удалось также установить каких-либо других сопутствующих заболеваний, которые могли бы вызвать нарушения функций почек, и только у некоторых больных имелись указания на перенесенное нарушение общего питания.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

После первой мировой войны специальной рентгенологической разработки данных, касающихся язвенной болезни, в полном объеме не производилось. Препятствовали этому в основном ограниченные технические и методические возможности рентгенологии того времени. В настоящее время, когда рентгенология и, в частности, гастроэнтерология достигли высокого уровня развития, созданы благоприятные объективные условия для изучения язвенной болезни. Благодаря рентгенологическому исследованию выявлены некоторые особенности язвенной болезни, которые отличают ее течение от развития болезни в мирное время. Первичное рентгенологическое исследование производилось на различных этапах, что видно из табл. 59.

Таблица 59

Этапы эвакуации, где производилось рентгенологическое исследование (в процентах)

Наименование этапа	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
МСБ	1,4	1,2
ПНГ	3,3	4,1
ТПНГ	5,3	6,1
АГЛР	6,0	5,2
Эвакогоспитали армии	5,4	5,6
СЭГ	32,1	34,2
Эвакогоспитали фронта	45,5	42,8
» тыла	1,0	0,8
Итого . . .	100,0	100,0

Из табл. 59 видно, что наибольший процент исследований приходится на эвакогоспитали фронта.

Важное значение приобретает тот факт, что рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта осуществлялось на передовых этапах эвакуации, где оно обеспечивало диагноз язвенной болезни и возможность своевременного лечения.

Повторные рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта имеют большое значение не только для диагностики, но и для на-

блюдений за динамикой заболевания при его консервативном лечении. В этой связи представляет интерес табл. 60, где представлено количество рентгенологических исследований при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Т а б л и ц а 60
Количество произведенных рентгенологических исследований (в процентах)

Количество исследований	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
1	76,9	73,8
2	18,1	20,9
3 и более	5,0	5,3
И т о г о . . .	100,0	100,0

При обеих локализациях язвы, т. е. в желудке и двенадцатиперстной кишке, количество повторных рентгенологических исследований было почти одинаковым. Однократное исследование, естественно, осуществлялось в преобладающем числе случаев. Довольно высок процент двукратного исследования, подтверждающего достоверность найденных изменений. Число троекратных исследований невелико (3,7—3,4%). Наконец, четырехкратные и многократные исследования составляют незначительное количество. Многократные исследования в условиях военного времени по понятным причинам не могли быть осуществлены и для разрешения практических задач едва ли необходимы.

Соотношения изменения рельефа слизистой желудка при наличии язвы в его стенке и кислотности желудочного содержимого весьма разнообразны, о чем свидетельствует табл. 61.

Т а б л и ц а 61
Рельеф слизистой желудка и кислотность при язве желудка (в процентах)

Кислотность желудочного содержимого	Рельеф слизистой желудка			
	нормальный	гиперплазия складок слизистой с отеком	гипоплазия складок слизистой	атрофический
Нормальная	21,0	24,6	23,3	22,7
Повышенная	68,4	44,4	56,7	36,4
Пониженная	5,3	19,7	20,0	31,8
Ахилия	5,3	11,3	—	9,1
И т о г о . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 61 нельзя сделать заключение о каком-либо закономерном соотношении между количеством соляной кислоты в желудочном содержимом и изменением рельефа слизистой желудка. Так, например, при гиперплазии складок слизистой желудка с наличием отека можно отметить повышенную кислотность лишь в 44,4% случаев. При этом же виде рельефа нормальная кислотность была выявлена в 24,6%, пониженная — в 19,7%, ахилия — в 11,3%. Наряду с этим при нормальном рельефе слизистой желудка была обнаружена повышенная кислотность в 68,4%, нормальная — в 21,0%, пониженная и ахилия — в 5,3%. При гипопластическом рельефе слизистой повышенная кислотность определялась в 56,7%, т. е. в большем числе случаев. Нормальное содержание соляной кислоты было в 23,3%, пониженное — в 20,0%. Атрофический рельеф сочетался с повышенной кислотностью в 36,4%, с нормальной — в 22,7%, с пониженной — в 31,8% и, наконец, с ахилией — в 9,1% случаев.

Таким образом, при нормальном рельефе слизистой желудка встречается весьма большой процент (68,4) повышенной кислотности. Однако в этой же группе больных имеются лица с нормальной, пониженной кислотностью и даже с ахилией. При гиперплазии складок слизистой желудка можно было наблюдать также все виды кислотности, но в преобладающем числе повышенную (44,4%). Однако в группе больных с гиперплазией рельефа ахилия была обнаружена в значительно большем проценте случаев (11,3). Интересно, что при атрофическом состоянии рельефа повышенная кислотность отмечалась довольно часто (36,4%), ахилия же лишь в 9,1%.

Очевидно, рассматривать гиперпластический рельеф как явление, сопутствующее повышенной кислотности, а атрофический как проявление ахилии не следует. Некоторые авторы приводят свои наблюдения, также свидетельствующие об отсутствии в ряде случаев закономерных соотношений между изменением слизистой желудка при гастритах и характером секреции. Они, однако, указывают на частое сочетание гиперпластических изменений рельефа с повышенной кислотностью. Наблюдения, излагаемые в настоящем сообщении, основаны на значительных статистических данных военного времени и не совпадают полностью с результатами, полученными перечисленными авторами в мирное время.

Соотношения кислотности и рельефа слизистой желудка при язве двенадцатиперстной кишки представлены в табл. 62.

Таблица 62

Рельеф слизистой желудка и кислотность при язве двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Кислотность желудочного содержимого	Рельеф слизистой желудка			
	нормальный	гиперплазия складок слизистой	гипоплазия складок слизистой	атрофический
Нормальная	20,0	27,0	37,5	21,9
Повышенная	62,0	54,8	41,6	62,1
Пониженная	10,0	12,5	14,2	13,0
Ахилия	8,0	5,7	6,7	3,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0



Рис. 37. В средней трети малой кривизны желудка большая язвенная ниша. На уровне ниши слизистая желудка отекает, отдельные складки утратили обычную структуру.



Рис. 38. В средней трети малой кривизны желудка крупная язвенная ниша с неровными контурами. Складки слизистой гиперплазированы на всем протяжении (диффузный гастрит).



Рис. 39. Тугое заполнение желудка. Тонус повышен, перистальтика глубокая. На малой кривизне желудка глубокая язвенная ниша.



Рис. 40. Необычно большая язвенная ниша в пилорическом отделе малой кривизны желудка. Спазм привратника. Вторичное расширение желудка.



Рис. 41. Высоко расположенная (паракардиально), глубокая язвенная ниша, обнаруженная при первых глотках бариевой взвеси.



Рис. 42. На малой кривизне желудка определяется большая, высоко расположенная язвенная ниша (на границе проксимальной и средней трети). Ниша окружена обширным отеком слизистой. Привратник спастически закрыт.



Рис. 43. Против язвенной ниши желудка, со стороны большой кривизны, выраженное спастическое стяжение стенки (функциональный косвенный симптом язвы). Спастическое замыкание привратника. Диффузный гастрит.

Из табл. 62 видно, что в преобладающем проценте случаев при язве двенадцатиперстной кишки наблюдалась повышенная кислотность. Наименьший процент падает на больных с ахилией. При сопоставлении содержания соляной кислоты с рельефом слизистой желудка обращает на себя внимание высокий процент (62,0) повышенной кислотности при нормальном рельефе слизистой желудка. При этом виде рельефа нормальная кислотность выявлена в 20,0%, пониженная — в 10,0% и ахилия — в 8,0%. При гиперпластическом рельефе слизистой также выявлена преимущественно повышенная кислотность в 54,8%, нормальная — в 27,0%, пониженная — в 12,5% и ахилия — лишь в 5,7%. При гипоплазированном и атрофическом рельефе слизистой желудка, обнаруженном у некоторых больных с язвой двенадцатиперстной кишки, также нередко наблюдалась повышенная кислотность. Так, при гипоплазии складок слизистой в 41,6%, при атрофии в 62,1% обнаружена повышенная кислотность. Ахилия же при первом виде рельефа встретилась в 6,7%, при втором — в 3,0%.

Таким образом, как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки закономерности в сочетании кислотности и рельефа слизистой установить не удалось. Например, при нормальном рельефе слизистой наибольшее количество больных (62,0%) имело повышенную кислотность. Подобное соотношение встретилось и при атрофическом рельефе. Следовательно, перестройка рельефа слизистой желудка при язве двенадцатиперстной кишки и колебания кислотности не всегда протекают параллельно.

При разработке рентгенологических данных были получены дополнительные сведения о соотношении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенные ниши с локализацией в желудке были найдены в 56,4%, с локализацией в двенадцатиперстной кишке — в 43,6%. В одном из госпиталей Западного фронта были найдены язва желудка в 59,2% и язва двенадцатиперстной кишки в 40,8%. По данным одного из эвакогоспиталей Ленинградского фронта, рентгенологическое исследование дало, наоборот, соотношение между язвой желудка и двенадцатиперстной кишки 1 : 1,9. Во всяком случае на основании данных различных лечебных учреждений различных фронтов можно прийти к заключению, что язва желудка встречалась несколько чаще, чем язва двенадцатиперстной кишки.

Среди рентгенологов также нет единого мнения о соотношении между количеством заболеваний язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Некоторые объясняют более редкое выявление язвенной ниши на стенках двенадцатиперстной кишки лишь методическими и техническими трудностями. Трудности эти еще более возрастают вследствие отека слизистой, нередко сопутствующего язве. Вследствие такой реакции на язву и без того небольшой просвет язвенной ниши луковицы двенадцатиперстной кишки оказывается резко суженным или вовсе прикрытым, что препятствует проникновению в него бариевой взвеси. Рентгенологическое обнаружение язвенной ниши в подобных случаях невозможно. Лишь после уменьшения отека и ослабления контрактильной реакции гладких мышц подслизистой ниша становится доступной рентгенологическому исследованию.

Хирурги указывают на испытываемые подчас затруднения при проведении границы между желудком и началом двенадцатиперстной кишки, особенно когда пилородуоденальная язва распространяется одновременно на привратниковый отдел желудка и отчасти на двенадцатиперстную кишку. Большая группа так называемых парапилорических язв влияет в ту или иную сторону на соотношение язвы желудка и двенадцати-

перстной кишки. Вот почему и теперь еще нельзя окончательно говорить о преобладании локализации язв в желудке или в двенадцатиперстной кишке.

Размеры язвенных ниш различной локализации, по статистическим суммарным данным военного времени, представлены в табл. 63. Здесь показана в процентном отношении локализация язв по различным отделам желудка и двенадцатиперстной кишки, а также размеры язвенных ниш желудка, условно обозначаемые терминами: крупные (1,5—2,5 см), средней величины (0,8—1,4 см) и малые (0,2—0,7 см). Крупные ниши двенадцатиперстной кишки встречались размером 0,8—1 см, средние — 0,4—0,7 см, малые — 0,1—0,35 см.

Таблица 63

Размеры язвенных ниш при различных по локализации
язвах (в процентах)

Локализация язвенных ниш	Размеры язвенных ниш			
	круп- ные	средние	малые	всего
Паракардиальные	3,8	2,9	2,0	8,7
Тела желудка	15,7	11,4	7,1	34,2
Парапилорические	6,1	4,0	3,4	13,5
Язвы двенадцатипер- стной кишки	18,3	14,8	10,5	43,6
Итого . . .	43,9	33,1	23,0	100,0

Из 56,4% язвенных ниш желудка наибольшее число их было обнаружено в области тела (34,2%), наименьшее — в паракардиальном отделе (8,7%); промежуточное место занимают парапилорические ниши (13,5%). По данным одного из эвакуогоспиталей Западного фронта, также выявлено преобладающее количество язвенных ниш в теле желудка — 43,1% из общего числа ниш 59,2%. На втором месте была пилорическая язва — 11,7%, на третьем — кардиальная — 4,4%. В одном из эвакуогоспиталей Ленинградского фронта из 34,38% желудочных язв обнаружены ниши в теле желудка в 16,49%, в кардиальном отделе — в 2,63% и в парапилорической части — в 15,26%.

Сравнительно с этими данными можно заметить, что паракардиальные ниши в табл. 63 составляют большой процент (8,7). Между тем в литературе имеются указания, что язвенная ниша в паракардиальном отделе желудка — сравнительно большая редкость.

Язвенные ниши на рентгеновских снимках в военное время достигали крупных величин, причем встречались довольно часто. Из табл. 63 видно, что в 43,9% были найдены крупные ниши, в 33,1% — средних размеров и лишь в 23,0% — ниши малой величины. Наиболее крупные ниши были обнаружены в теле желудка, где они достигали 2—2,5 см глубины (рис. 37, 38 и 39). Такие крупные ниши этой локализации составляли преобладающее количество (15,7%), и лишь в 7,1% обнаружены ниши малых размеров. Обычно в парапилорической части выявляются язвенные ниши малой величины. Рентгенологические исследования во время войны показали наличие крупных ниш в этом участке желудка в 6,1%, причем раз-

меры их достигали 1,5—2 см (рис. 40). В 3,4% случаев ниши данной локализации были небольших размеров. То же можно сказать о нишах паракардиальной зоны (рис. 40, 41 и 42). Обращают на себя внимание ниши двенадцатиперстной кишки, достигающие величины 1 см, причем крупные язвенные ниши составляли 18,3%. В 10,5% случаев ниши были малых размеров.

Большие размеры язвенных ниш, часто наблюдавшиеся во время войны, обуславливаются рядом причин. Особые условия питания в военное время и нарушение кровообращения уменьшают сопротивляемость желудочной стенки самоперевариванию. Вследствие этого язвенный дефект желудочной стенки сопровождается поражением более глубоких слоев и в патологический процесс вовлекается большая площадь. Воспалительная реакция слизистой в окружности язвы выражена в значительной степени. Края язвы значительно возвышаются (воспалительный вал), а дно расположено глубоко, что создает заметное различие уровней. Подобная разница уровней обуславливает в рентгеновском изображении некоторое увеличение размеров язвенной ниши.

Следует упомянуть о частом сочетании язв с различными видами гастрита в условиях действующей армии. Одни авторы указывают на сопутствующие гастриты при язвенной болезни в 95,0%, другие — в 67,0% (И. М. Яхнич), третьи — в 77,6% (Д. С. Линденбратен и З. С. Декусар). По данным, полученным на основании суммированных сведений, гастриты при язве желудка найдены в 20,3%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 28,6%; из них гиперпластические гастриты составили 52,8%, атрофические — 15,2% и смешанные — 32,0%. Гастриты ограниченные с локализацией в антральном отделе были найдены в 21,4%, диффузные — в 78,6%.

Особенности гастрита в рентгеновском изображении состояли в том, что наиболее часто обнаруживались диффузные формы (78,6%), реже — ограниченные антральные гастриты (21,4%). Некоторые авторы считают наиболее распространенными при язвенной болезни антральные формы гастрита. Обращало на себя внимание также наличие ограниченных участков отека слизистой, располагающихся на фоне гиперпластически измененного рельефа. При изучении подобных ограниченных участков отека слизистой в них подчас можно было дополнительно выявить язвенную нишу, относящуюся к группе так называемых рельеф-ниш. Именно они чаще всего не дают достаточно выраженных клинических симптомов заболевания, вследствие чего рентгенологическое исследование приобретает исключительное значение.

Гиперпластические антральные гастриты иногда сопровождались выраженной гипертрофией мускулатуры антрального отдела желудка, что вело к сужению привратника и нарушению эвакуаторной функции желудка.

Выявляемые гастриты отличались длительным течением, несмотря на тщательное и настойчивое лечение.

Там, где язвенное поражение не было обнаружено по прямому симптому — нише, выявлялась органическая деформация желудка. Желудок в таких случаях приобретал форму песочных часов, улиткообразную форму. Деформации были обнаружены в 15,9% случаев. Группа со стенозом привратника и последующей деформацией составляла 6,2% к общему числу язвенных больных.

Функциональные изменения желудка при язвенной болезни в действующей армии, выявленные рентгенологически, выражались в нарушении тонуса перистальтики, эвакуации и в дисфункции привратника (табл. 64).

Как видно из табл. 64, тонус желудка в преобладающем числе случаев был повышен (55,5%). Повышение тонуса обнаруживалось как при язве желудка (31,4% из общего количества язв 56,4%), так и при язве двенадцатиперстной кишки (24,1% из общего количества язв 43,6%). Понижение тонуса отмечено в 10,1% при язве желудка и в 6,8% при язве двенадцатиперстной кишки. У остальных больных обнаружен нормальный тонус желудка.

Параллельно с повышением тонуса в 56,6% была обнаружена глубокая перистальтика. Подобная перистальтика в преобладающем проценте случаев отмечалась при язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Лишь в 18,2% перистальтика носила поверхностный характер. Эвакуация была замедленной в 49,8% случаев, ускоренной — лишь в 15,3% и нормальной — в 34,9%. Замедленная эвакуация обуславливалась в основном частым спазмом привратника, обнаруженным в 64,0% случаев.

Лишь в 3,1% можно было видеть зияние привратника. Д. С. Линденбратен и Э. С. Декусар в одном из эвакогоспиталей обнаружили рентгенологически у 92,6% больных также выраженные функциональные нарушения со стороны желудка; из них функциональные нарушения желудка при заметно не измененной слизистой наблюдались в 22,39% и в сочетании с измененной слизистой — в 70,21%, изменение тонуса — в 52,08%, изменение перистальтики — в 55,62% и нарушение эвакуации — в 48,33% случаев.

Таблица 64

Функциональные нарушения желудка при язвенной болезни (в процентах)

Локализация язвы	Функциональные изменения (в %)о						Функциональные изменения (в %)о				
	тонус			перистальтика			эвакуация			дисфункция привратника	
	нормальный	повышенный	пониженный	нормальная	глубокая	поверхностная	нормальная	ускоренная	замедленная	спазм	зияние
Язва желудка (56,4%)	14,9	31,4	10,1	11,3	32,8	12,3	18,7	12,4	25,3	21,3	3,1
Язва двенадцатиперстной кишки (43,6%)	12,7	24,1	6,8	13,9	23,8	5,9	16,2	2,9	24,5	42,7	—
Итого	27,6	55,5	16,9	25,2	56,6	18,2	34,9	15,3	49,8	64,0	3,1

Наиболее часто функциональные изменения (спазм привратника, деформация желудка и т. д.) отмечались в случаях, когда гастрит был выражен преимущественно в антральном отделе, а сама язва локализовалась в парапилорической зоне или двенадцатиперстной кишке. Разумеется, этим не исключалось наличие функциональных изменений и при других локализациях язвы (рис. 43).

При анализе полученных данных привлекает внимание длительность спазма привратника. В отличие от обычных спастических замыканий привратника, которые можно было наблюдать при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки в довоенное время, в период войны обнаруживался спазм привратника, резко нарушающий эвакуаторную функцию желудка.

Вследствие таких длительных пилороспазмов часть бариевой взвеси иногда оставалась в желудке по истечении 24 часов с момента введения. Повторяемость обнаруживаемых нарушений функций привратника заставляет пересмотреть вопрос о значении 24-часового остатка как критерия к установлению диагноза стеноза привратника. В подобных случаях производились повторные рентгенологические исследования после предварительного курса лечения атропином.

Исчезновение или ослабление спастических замыканий привратника после такого лечения может в известной степени разрешить вопрос о природе нарушения эвакуаторной функции желудка, т. е. идет ли речь о спазме или о стенозе. Можно полагать, что состояние вегетативных центров и периферической нервной системы у некоторой части больных в условиях фронтовой обстановки может в известной степени способствовать нарушениям моторной и эвакуаторной деятельности желудка при язвенной болезни.

Заключение

При сопоставлении рельефа слизистой желудка в рентгеновском изображении со степенью кислотности желудочного содержимого, по данным военного времени, у язвенных больных обнаружено отсутствие параллелизма между секрецией и морфологией слизистой желудка. Так, при нормальном или атрофическом рельефе слизистой у некоторых больных может быть повышенная кислотность желудочного содержимого, а у другой группы — пониженная. Наряду с этим в некоторых случаях язвенной болезни можно видеть повышенную кислотность с гиперплазией слизистой или же пониженную кислотность с атрофией. На основании подобных сопоставлений можно заключить, что перестройка рельефа слизистой желудка при язвенной болезни не отражает колебаний содержания соляной кислоты в желудочном соке.

В результате разработки рентгенологических исследований в действующей армии, основанных на большом количестве наблюдений, получены уточненные данные о соотношении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язвенные ниши с локализацией в желудке были найдены в 56,4%, а в двенадцатиперстной кишке — в 43,6% случаев.

Язвенные ниши в рентгеновском изображении у многих больных были необычно большими: крупные ниши обнаружены в 43,9%, средней величины — в 33,1% и малых размеров — в 23,0%. Крупные размеры язвенных ниш находятся, очевидно, в связи с уменьшением сопротивляемости желудочной стенки самоперевариванию, вследствие чего язвенный дефект сопровождается поражением более глубоких слоев желудочной стенки. Воспалительная реакция слизистой в окружности язвы выражена в значительной степени, вследствие чего края язвы возвышены, а дно глубокое. При таком сочетании ниши достигают больших величин.

Особенности сопутствующего язве гастрита в рентгеновском изображении состоят, во-первых, в преобладании диффузных его форм (78,6%), во-вторых, в наличии ограниченных участков отека слизистой. Нередко подобные местные отеки таят в себе скрытую язвенную нишу.

Ограниченные гастриты с локализацией в антральном отделе выявлены в 21,4%.

Особенности функциональных изменений желудка при язвенной болезни в действующей армии выражались в том, что в 64,0% были обнаружены спастические замыкания привратника. Тоническая, моторная и эвакуаторная функции были нарушены особенно у тех больных, у которых, кроме язвы, обнаружены выраженные проявления гастрита. Спазм привратника у язвенных больных военного времени характеризовался длительностью: в желудке иногда обнаруживался остаток бариевой взвеси через сутки после ее введения.

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Вопрос о правильной диагностике на передовых этапах эвакуации имеет очень большое значение. Правильная диагностика определяла дальнейший лечебно-эвакуационный путь больного.

Военно-врачебная экспертиза требует не только достаточно хорошо выраженных клинических симптомов язвенной болезни, выявленных из анамнеза и физикального обследования больного, но также лабораторных и инструментальных исследований. Надо отметить, что в некоторых случаях, особенно в первую половину войны, диагноз язвенной болезни не ставился потому, что рентгенологическое исследование не давало убедительных данных (ниша) в пользу язвы даже при наличии выраженной клинической картины язвенной болезни. Как же обстояло дело с рентгенологическим исследованием язвенных больных на различных этапах эвакуации?

Ответ на этот вопрос дает табл. 65.

Таблица 65

Распределение больных по этапам, на которых впервые была произведена рентгенокопия желудка и двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Название этапа	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Войсковой район	1,4	1,2
Армейский »	20,0	20,0
Эвакогоспитали фронта	32,1	34,2
» тыла	45,5	43,8
ГЛР армии и фронта	1,0	0,8
Итого . . .	100,0	100,0

Как видно из табл. 65, на всех этапах медицинской эвакуации армии (включая и фронтовые этапы) более половины язвенных больных подверглось уже рентгенологическому исследованию, а в госпиталях тыла — менее половины. Если учесть, что из тыловых соединений поступила $\frac{1}{3}$ язвенных больных, можно сделать заключение,

что рентгенологическим обслуживанием была охвачена основная масса язвенных больных, закончивших госпитализацию на медицинских этапах действующей армии.

Необходимо, однако, принять во внимание, что для рентгенологического подтверждения язвы часто было недостаточно однократного рентгенологического исследования.

Примерно такая же картина наблюдалась и с исследованиями желудочного содержимого и кала на скрытую кровь (см. раздел «Лабораторные исследования»), которые считаются лишь вспомогательными диагностическими методами исследования при установлении язвы. Поэтому не удивительно, что на передовых этапах диагностика язвенной болезни была чаще предположительной, если отсутствовали достоверные признаки язвенной болезни, которые для своего обнаружения не требовали специальных лабораторных и инструментальных исследований, как, например, кровавая рвота, дегтеобразный стул.

На ПМП правильный диагноз язвенной болезни ставился в 50,0%, а в дальнейшем от этапа к этапу этот процент увеличивался. Некоторое представление о правильности диагностики по этапам эвакуации дает табл. 66.

Т а б л и ц а 66

Распределение больных по количеству этапов, на которых впервые был поставлен правильный диагноз (в процентах к числу больных с правильно поставленным диагнозом)

Этап, на котором впервые поставлен правильный диагноз	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Первый	65,7	61,9
Второй	19,7	18,5
Третий	7,8	9,1
Четвертый	3,0	4,4
Пятый и последующие	3,8	6,1
Итого . . .	100,0	100,0

Первый по порядку этап, куда доставлялись язвенные больные, не всегда являлся в то же время п е р е д о в ы м, т. е. расположенным ближе к линии фронта этапом эвакуации, так как лишь около 30,0% больных с язвенной болезнью поступило из войскового района на войсковые и передовые армейские этапы эвакуации.

Большее количество больных с язвенной болезнью поступило непосредственно из частей и соединений армейского, фронтового и тылового района в эвакуогоспитали армии, фронта и тыла, которые являлись для них п е р в ы м э т а п о м эвакуации, где обеспечивалась своевременная и квалифицированная диагностика язвенной болезни.

О хорошем качестве диагностики свидетельствует табл. 67.

Таблица 67

Соотношения верных и ошибочных диагнозов, установленных больным язвенной болезнью в период их службы в Советской Армии во время Великой Отечественной войны (в процентах)

Качество диагностики	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Отсутствие расхождений первоначального диагноза с окончательным	73,3	67,7
Расхождение в пределах основного диагноза	15,7	23,9
Расхождение полное — ошибочный диагноз	8,1	5,3
Ошибочный диагноз без установленных последствий . . .	0,7	1,6
Ошибочный диагноз с последствиями	1,0	0,5
Расхождение на промежуточных этапах	1,2	1,0
Итого . . .	100,0	100,0

Во время Великой Отечественной войны диагностика язвенной болезни в Советской Армии была, несомненно, лучше, чем в условиях гражданской медицинской сети до войны. Так, по данным Е. Э. Бена, в мирное время расхождение внебольничных диагнозов с клиническими было отмечено в 41,0%.

ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Клиническое течение язвенной болезни было различным. В 64,0% наблюдалось постепенное улучшение всех субъективных и объективных показателей с наступлением полной, а чаще относительной ремиссии, в 28,0% при язве желудка и в 30,3% при язве двенадцатиперстной кишки состояние при выписке было без перемен, в 2,0% наблюдалось ухудшение. Остановимся на характерных моментах клинического течения заболевания.

Прежде всего следует указать на стойкость и длительность почти всех свойственных язвенной болезни симптомов. Даже боли, которые в условиях мирного времени после назначения соответствующей диеты и режима сравнительно быстро стихали или уменьшались, у язвенных больных в действующей армии нередко были очень упорными, меняя лишь интенсивность и время появления в зависимости от приема пищи. Другие симптомы — рвота, тошнота, изжога, отрыжка — также отличались некоторым упорством, но в значительно меньшей степени.

Особенно следует остановиться на различных осложнениях язвенной болезни. Наиболее грозным осложнением язвенной болезни является перфорация стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Обычно прободение язвы в свободную брюшную полость происходило внезапно у больных, уже страдавших раньше данным заболеванием; значительно реже оно появлялось как первый симптом скрытой, бессимптомной язвы. В отдельных случаях перфорации предшествовали, иногда даже за 2—4 недели, продромальные явления в виде неприятных ощущений и реже в виде небольших болей в подложечной области. Предрасполагающими моментами можно считать физическое перенапряжение, поднятие тяжести с выраженным напряжением брюшного пресса, травму, реже обильную еду, питье и пр.

Однако указанные факторы не могут считаться основной причиной перфорации, а являются только способствующими, предрасполагающими моментами. Большое значение, повидимому, следует придавать пептическому влиянию желудочного сока. За это отчасти говорит и то обстоятельство, что большинство перфораций мирного времени, а также в период Великой Отечественной войны приходится на послеобеденные часы, реже на часы, следующие за утранным завтраком, еще реже — на ночные и ранние утренние часы.

Что касается времени года, когда происходили перфорации, то и здесь клинические наблюдения и патологоанатомические исследования дают ту же картину, что и в мирное время, т. е. больше всего перфораций

отмечено осенью и зимой. Общее число перфораций, по данным разработки историй болезни, достигает 6,2%. Статистические данные за период войны показывают безусловное преобладание прободений желудочных язв (63,4%) над дуоденальными (36,6%). В желудке наиболее часто встречалась перфорация в парапилорическом отделе (38,1%); на втором месте (в 20,5%) идут язвы, располагающиеся по малой кривизне тела желудка; на последнем месте стоят паракардиальные язвы, давшие прободение в 4,8%; диагностика последних представляла наибольшие трудности.

Очень важно проследить, на каком этапе эвакуации наблюдались перфорации (табл. 68).

Таблица 68

Распределение перфораций на различных этапах эвакуации
(в процентах)

Диагноз	Этапы эвакуации					
	воинская часть	МСБ	ТППГ и ЦППГ	эрг. армия	ЭГ фронта	ЭГ тыла
Язва желудка	83,0	3,5	4,3	2,1	4,3	2,8
Язва двенадцатиперстной кишки	85,7	—	4,8	4,8	—	4,7

Как видно из табл. 68, большинство перфораций (83,0—85,7%) произошло, когда больной еще находился в воинской части. Это, с одной стороны, указывает, что язвенная болезнь у данных больных протекала без выраженных субъективных жалоб (иначе больные находились бы в лечебных учреждениях), а с другой, — безусловно, играло роль то обстоятельство, что многие, повидимому, не придавали значения отдельным симптомам заболевания (боли, диспептические явления и пр.) и, несмотря на свою болезнь, выполняли порученные им боевые задания.

У больных, уже лечившихся от язвенной болезни, перфорации язв отмечены в небольшом проценте случаев, причем они развивались почти равномерно на всех этапах. Непосредственные причины прободения в мирное время могут отличаться от причин в боевой обстановке. К последним, как указано выше, обычно относят такие воздействия, как перерастяжение большого желудка пищей, пептическое влияние желудочного сока, травма, физическое перенапряжение и пр.

Придавая в боевой обстановке большое значение фактору травмы, физического перенапряжения, следует учесть, кроме того, что и под влиянием эмоциональных факторов возможно возникновение внезапного спазма и расслабления желудка.

Изменчивость тонического состояния (спазм и расслабление), возникающая при напряжениях и возбуждении нервной системы, может способствовать прободению язв язвенного и истонченного участка стенки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Клинические симптомы перфорации общеизвестны. Основным симптомом является сильнейшая боль, которая обуславливается внезапным раздражением чувствительных нервов брюшины излившимся в брюшную полость содержимым желудка или двенадцатиперстной кишки. Классическая картина болевого симптома при перфорациях язвы («как удар

кинжалом») в период Великой Отечественной войны отмечалась не всегда. Иногда больные, особенно с нарушением питания, не испытывали такой острой, режущей боли, а отмечали лишь усиление обычных болей. Как указывают рентгенологи, некоторые больные пытались в рентгеновском кабинете самостоятельно встать с носилок и подойти к штативу для рентгенологического исследования. Последнее окончательно разрешало диагностические сомнения в пользу наличия перфорации язвы вследствие обнаружения у таких больных пневмоперитонеума.

Не останавливаясь на других признаках перфорации язвы (напряжение мышц брюшного пресса, рвота, исчезновение печеночной тупости, лейкоцитоз, температура, шок и пр.), укажем, что это тяжелое осложнение давало значительный процент летальности.

Так, по последним данным мирного времени, общая летальность составляла 16,0—17,0% среди оперированных в первые 12 часов (институты скорой помощи Москвы и Ленинграда). Следовательно, раннее оперативное вмешательство—первое условие при лечении подобных больных. Однако, по данным историй болезни, большинство перфораций происходило в военных частях и потому первичная специализированная хирургическая помощь не всегда могла быть оказана в первые часы. Это обстоятельство в значительной мере объясняет некоторое повышение количества летальных исходов при прободениях язв желудка.

Второе грозное осложнение при язвенной болезни — кровотечение — уже разобрано выше. Распределение желудочных и дуоденальных кровотечений на различных этапах эвакуации представлена в табл. 69.

Таблица 69

Распределение желудочных и дуоденальных кровотечений на различных этапах эвакуации (в процентах)

Диагноз	Этапы эвакуации							
	часть	МСБ	ППГ и ТПП	эвако-госпиталь армии	СЭГ	эвако-госпиталь фронта	эвако-госпиталь тыла	во время эвакуации
Язва желудка	73,8	3,0	8,3	4,8	0,6	2,4	6,5	0,6
Язва двенадцатиперстной кишки . .	72,6	2,7	4,1	2,7	1,4	4,1	12,4	—

Таким образом, и здесь можно констатировать наибольшее число кровотечений у больных, находившихся еще в частях, что вполне естественно, так как субъективные ощущения и объективные проявления в начале кровотечения были крайне неопределенны (слабость, тошнота, потемнение в глазах, бледность и т. д.), чтобы привлечь внимание большого и окружающих, а также принять меры по оказанию неотложной помощи. Приведенные выше объяснения причин наступления перфораций именно в военных частях вполне применимы и для объяснения неожиданных кровотечений при язвенной болезни.

На остальных этапах санитарной эвакуации, как видно из табл. 69, частота кровотечений была в пределах 0,6—8,3% при язве желудка и 1,4—12,4% при язве двенадцатиперстной кишки.

Статистические данные отечественных авторов по мирному времени дают цифры летальности при операциях по поводу кровотечений в пределах от 2,7 до 38,1%, а при консервативном способе лечения — до 21,4%.

У больных язвенной болезнью во время Великой Отечественной войны летальность от кровотечений при язве желудка была установлена в 12,1%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 1,2%.

Следующее осложнение язвенной болезни — стеноз привратника — было отмечено в небольшом числе случаев, а именно в 2,1%. Большинство авторов приводит более высокие цифры. Принято различать компенсированные и декомпенсированные стенозы, в зависимости от отсутствия или наличия эвакуаторной недостаточности, т. е. застоя пищи.

Достаточно компенсированные стенозы привратника, подтвержденные рентгенологически и клинически, не сопровождавшиеся заметным затруднением в эвакуации желудочного содержимого, были отмечены у 1,7% всех язвенных больных. Жалобы у больных со стенозом были обычные; даже рвоты не были обильными и резкого истощения не вызывали. Эти больные лечились терапевтическими средствами.

У 0,4% язвенных больных были отмечены декомпенсированные стенозы; рвоты были более обильными и интенсивными, наблюдалась резкая задержка эвакуации пищи, желудок был расширен. Больные были истощены. В дальнейшем развивались обычные симптомы декомпенсированного стеноза привратника. В этих случаях производилось оперативное вмешательство.

Что касается случаев злокачественного перерождения язвы, то полученные данные почти соответствуют цифрам мирного времени.

Наличие каллезных язв было отмечено в небольшом количестве случаев: в 1,2% при язве желудка и в 0,2% при язве двенадцатиперстной кишки.

Обращает на себя внимание прежде всего то обстоятельство, что большинство упомянутых осложнений приходилось на желудок и в значительно меньшей степени — на двенадцатиперстную кишку. Это отчасти может быть объяснено тем, что после госпитализации многие язвенные больные, не имея возможности соблюдать диету, пользовались обычным питанием. Это обстоятельство в сочетании с нервно-психическими факторами, неумеренным курением и частым перенапряжением, нередко связанным с боевой обстановкой, создавало ряд неблагоприятных условий для заживления пораженной стенки желудка.

Необходимо упомянуть о множественных язвах при язвенной болезни. Они редко диагностировались клинически, но зато с точностью подтверждались рентгенологическим путем. Язвы эти располагались в области желудка и двенадцатиперстной кишки или локализовались преимущественно в желудке (по 2—3 язвы). Частота случаев таких множественных язв у язвенных больных была очень невелика (всего 1,4%) по сравнению с обычной язвой желудка (49,9%) и язвой двенадцатиперстной кишки (46,2%). Клиническая картина множественных язв была аналогична описанной. Следует только подчеркнуть более постоянный характер болевого синдрома с развитым мышечным сопротивлением в верхней половине живота.

Заключение

Изучение язвенной болезни в Великую Отечественную войну внесло много нового в уточнение ряда неясных положений в клинике язвенной болезни вообще. Прежде всего это касается болевого синдрома. Как указано выше, боли были отмечены в 99,4% и отсутствовали лишь в 0,6%, что лишний раз подчеркивает ведущую роль болевого симптома.

Затем следует обратить внимание на большой процент тупых, ноющих болей при язвах двенадцатиперстной кишки (43,6%), причем локализовались боли даже при язвах двенадцатиперстной кишки чаще всего в подложечной области. Особенно характерен признак, который до последнего времени вызывал сомнение, — частое появление ранних болей при язвах двенадцатиперстной кишки (в 64,6%).

Прежде считалось, что ранние боли характерны для язвы желудка, причем преимущественно при ее локализации в проксимальных его отделах. До войны уже появлялись отдельные указания на возможность возникновения ранних болей при поражениях двенадцатиперстной кишки. Однако только опыт Великой Отечественной войны полностью подтвердил это положение. Были получены данные для пересмотра взгляда на патогенез подобных болей (см. выше). Рвота же, особенно кровавая, наблюдалась даже несколько реже, чем в мирное время, тогда как летальность при желудочных кровотечениях была все еще высокой.

Следует подчеркнуть, что отрыжку, тошноту и изжогу, считавшиеся признаками гастрита, на основании опыта Великой Отечественной войны следует признать такими же характерными симптомами язвенной болезни, как боли и рвота.

Из объективных данных следует отметить понижение питания у значительной части больных, что, безусловно, накладывало отпечаток на течение заболевания, указывая на пониженную реактивность организма со всеми вытекающими отсюда последствиями. Из осложнений следует обратить особое внимание на довольно большую частоту перфораций при язвах желудка (10,5%). Исследование желудочного содержимого показало, что процент лиц с пониженной кислотностью повысился по сравнению с мирным временем (особенно в отношении больных с отсутствием свободной соляной кислоты) за счет снижения процента больных с повышенной и отчасти нормальной кислотностью.

Исследования периферической крови выявили анемизацию значительного числа больных, причем эритроцитоз, столь характерный для язвенной болезни мирного времени, в Великую Отечественную войну был выражен в значительно меньшей степени.

Что касается сопутствующих гастритов, то представленные данные отчетливо показывают, что только в сравнительно небольшом проценте случаев (20,3—28,6) отмечено сочетание их с язвенной болезнью, и потому их роль в этиологии и клиническом течении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, очевидно, невелика.

Сопоставляя патогенез с клинической картиной язвенной болезни, необходимо признать, что в ее возникновении (свежие, острые случаи в 25,0—26,0%) или в обострении хронических язв (в 74,0—75,0%) основное значение имел нервно-психический и алиментарный фактор.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Основное правило этапного лечения — соблюдение преемственности в лечении на всех этапах эвакуации — диктовало использование общедоступных, испытанных и пригодных для массового применения методов консервативного лечения. Вот почему во всех лечебных учреждениях Советской Армии широко применялись такие методы, как постельный режим, диетотерапия, общепринятая медикаментозная терапия и доступные физические методы лечения. Разумеется, в сравнительно меньшей степени были использованы специальные и недостаточно испытанные методы, например, рентгенотерапия, шоковая терапия, протеинотерапия, блокада по А. В. Вишневскому и др. Что касается диетотерапии, то, несмотря на трудности боевых условий, к 1942 г. было организовано специальное питание больных и раненых с подробной разработкой диететических столов. В основном это была механически и химически щадящая диета, с достаточным количеством полноценных белков, жиров, углеводов и содержащих витамины продуктов. При недостатке последних витамины вводились в виде синтетических препаратов или же различных настоев растений, содержащих витамины (шиповник, хвоя и пр.). Правда, не при всех условиях можно было осуществить хорошо приготовленное и разнообразное меню по схемам лечебного питания. Однако почти всегда можно было соблюсти принцип механически и химически щадящей диеты в построении столов.

Лекарственная терапия в большинстве случаев была такой же, как и в мирное время. Обычно она ограничивалась препаратами атропина, щелочами, бромидами. Широко применялась доступная физиотерапия, диатермия, соллюкс, синий свет. Менее доступные методы лечения применялись реже и главным образом в специализированных госпиталях.

Для удобства учета методов лечения они были объединены в следующие группы:

1. Обычное лечение — постельный режим, лекарственная симптоматическая терапия в виде щелочей, белладонны, химически и механически щадящей или специальной диеты (Яроцкого и др.).
2. Обычное лечение вместе с применением других видов консервативного лечения — переливание крови, большие дозы атропина, бромиды.
3. Обычное лечение в сочетании со специальными физическими методами лечения — диатермия, УВЧ и др.
4. Оперативное лечение.

Таблица 70

**Распределение больных по методу лечения
(в процптах)**

Лечение	Язва желудка	Язва двенадцати- перстной кишки
Обычное	55,6	61,3
Обычное в сочетании с другими терапевтическими методами . .	20,2	19,3
Обычное в сочетании со специ- альными физическими метода- ми лечения	7,3	10,6
Оперативное	11,4	3,1
Комбинированное в различных сочетаниях	3,9	5,0

Как видно из табл. 70, преимущественно применялось обычное лечение (55,6—61,3%). Второе место (20,2—19,3%) занимает обычное лечение в сочетании с переливанием крови и другими методами белковой терапии, с вливанием брома и атропинизацией.

Переливание крови при язвенной болезни чаще всего применялось во время язвенных кровотечений, прежде всего с целью возмещения кровопотери и как кровоостанавливающий фактор. Переливание крови применялось также и при отсутствии кровотечений, особенно у истощенных больных с трофическими поражениями кожи (трофический тип язвенной болезни по Певзнеру).

Обычно ограничивались 2—3—5 переливаниями через 2—3 дня в количестве 200—250 мл; при больших язвенных кровотечениях, как правило, применялись капельные переливания крови в количестве 400—600—800 мл с одновременным измерением кровяного давления. Метод переливания иногруппной крови в госпиталях почти не применялся.

Нередко внутривенно вводился при обычном лечении бром. Методика была различной: одни применяли внутривенные вливания 0,5% раствора бромистого натрия в количестве 10 мл с одновременными подкожными инъекциями атропина; другие — в виде 10% раствора бромистого натрия в количестве 10 мл вместе с 10 мл 40% раствора глюкозы и с 0,1 г аскорбиновой кислоты. На курс лечения назначалось 10—20 вливаний; иногда к этому добавлялись инъекции небольших доз инсулина. По наблюдениям ряда авторов бромистое лечение давало хорошие результаты. Внутривенное введение брома применялось у язвенных больных с повышенной возбудимостью нервной системы, с явлениями вегетативной дистонии.

На третьем месте (7,3—10,6%) применялось обычное лечение в сочетании с физиотерапевтическими методами (диатермия, соллюкс, кварц, УВЧ, парафиновые и грязевые аппликации и т. д.), причем наибольшее распространение получила диатермия. Она оказалась особенно эффективной при гастритическом типе язвенной болезни. Опыт показал, однако, что при подозрении на кровоточащую язву не следует применять диатермию области желудка. В этих случаях давала хорошие результаты диатермия шейных узлов. В ряде случаев применялись с хорошими результатами эритемные дозы кварца на поясничную область (один раз в 5 дней, всего 5—8 сеансов).

Парафиновые аппликации вызвали прекрасный тепловой эффект, были просты в употреблении и не требовали, даже при массовом применении, большого количества парафина. Практика хорошо организованных физиотерапевтических кабинетов показала преимущества этой тепловой процедуры перед другими. Из других тепловых процедур на некоторых фронтах применялись аппликации из грязи или торфа в качестве добавочного метода лечения.

Из новых методов лечения язвенной болезни необходимо указать на метод паранефральной магнезиальной блокады. Блокада проводилась на той стороне, где были установлены зоны гипералгезии и повышенные рефлексы. Сернокислая магнезия вводилась паранефрально в виде 1% раствора в количестве 100 мл. Автор (Я. Ю. Шпирт) получил хорошие результаты с исчезновением ниши в 33 случаях из 58, улучшение — в 8 случаях, состояние осталось без изменений в 17 случаях. Этот метод не получил широкого распространения, так как при нем наблюдались некоторые осложнения: боль на месте инъекции, повышение температуры, головокружение, иногда обмороки и другие побочные явления. Сернокислая магнезия применялась также внутривенно в виде 25% раствора в количестве 2—10 мл вместе с 0,5 мл раствора атропина 1 : 1 000. Курс лечения состоял из 10—15 вливаний. Отмечены хорошие результаты лечения язвенной болезни этим методом.

Ф. А. Андреев предложил новый метод лечения язвенной болезни посредством сна. Применялась следующая методика: утром после завтрака ставилась очистительная клизма и затем вводился хлоралгидрат 1,5 г per rectum и одновременно per os люминал 0,2 и амитал-натрий 0,2. В дальнейшем снотворные давались после обеда и ужина. В зависимости от того, какого сна добивались — неглубокого или глубокого, суточная доза колебалась в следующих пределах: хлоралгидрат 1,5—2 г, люминал 0,4—1,2 и амитал-натрий 0,6—0,8. Результаты получены очень хорошие: исчезновение болей отмечено в 84,0%, уменьшение их — в 16,0%. Симптом ниши исчез в 45 случаях из 51. Однако уход за такими больными сложен. К применению этого метода имеются и противопоказания: его не рекомендуют применять у язвенных больных с одновременным заболеванием сердца, легких, почек и при стенозирующих язвах.

Метод длительного сна, несомненно, заслуживает внимания, особенно при нервно-вегетативном типе язвенной болезни, но он не может быть рекомендован в качестве массового метода лечения язвенных больных в условиях военного времени ввиду сложности ухода за больными в полевых лечебных учреждениях. В настоящее время (1949) методика его несколько видоизменена.

Наконец следует сказать о лечении язвенной болезни сывороткой А. А. Богомольца (АЦС). Этот метод применялся лишь в некоторых госпиталях. Известно, что малые дозы сыворотки Богомольца обладают очень сильным стимулирующим действием на клеточные элементы физиологической системы соединительной ткани.

Проведены тщательные наблюдения над 80 язвенными больными, лечившимися сывороткой АЦС с хорошим терапевтическим эффектом. Одновременно велось наблюдение и над контрольной группой больных. Сыворотка вводилась при условии соблюдения постельного режима в течение 10 дней и диетического питания (стол № 1), а также лекарственной терапии в виде атропинизации, лечения щелочами и др. Методика:

АЦС в разведении 1 : 10 вводилась подкожно через два дня на третий, всего 3 или 4 инъекции, по 0,5—0,6—0,7 мл раствора или соответственно: 0,6—0,75—0,75—1 мл. Дозировку необходимо индивидуализировать. Показателем для суждения о функциональном состоянии соединительной ткани служили изменения белой крови, наступавшие через 2 часа после инъекции. Достаточно эффективной автор — Р. С. Дубовская — считала ту дозировку, которая давала увеличение лейкоцитоза с одновременным нарастанием количества моноцитов, лимфоцитов и эозинофилов. Все больные хорошо переносили сыворотку. Другие авторы получили лучшие результаты от применения АЦС. Они наблюдали исчезновение ниши у 50,0—60,0% больных (лечилось свыше 200 человек).

Этот метод весьма прост и удобен для массового применения, но у лиц с склонностью к аллергическим реакциям его применять не следует.

Недостаточное лечение отмечено в 1,5% случаев при язве желудка и в 0,8% при язве двенадцатиперстной кишки. Однако, как правило, и эти больные получали химически и механически щадящую диету. Медикаментозное же и физиотерапевтическое лечение не применялось в тех случаях, когда больные с подозрением на язвенную болезнь находились на обследовании, проходили комиссию, по состоянию здоровья увольнялись из армии и направлялись для лечения в гражданские лечебные учреждения, или же в единичных случаях, когда больные поступали по поводу какого-нибудь другого заболевания, например, воспаления легких или малярии, и в результате клинического обследования у них обнаруживали язвенную болезнь. В таких случаях больные обычно проходили военно-врачебную комиссию, а в историях болезни не отмечалось специального противовоспалительного лечения.

Хирургическое лечение было применено в 7,3% по отношению ко всем больным язвенной болезнью. Бросается в глаза резкая разница в частоте оперативного лечения у больных с язвой желудка и с язвой двенадцатиперстной кишки: в первом случае оперативное лечение проводилось в 11,4%, во втором — в 3,1%. Значительно меньший процент оперативного лечения при язве двенадцатиперстной кишки совершенно понятен, если учесть, что операции у язвенных больных производились преимущественно после перфорации язвы: при язве желудка перфорация наблюдалась в 10,0% всех случаев, а при язве двенадцатиперстной кишки — только в 2,0%. Этим и объясняется разница в частоте оперативного вмешательства при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

При язве желудка $\frac{9}{10}$ оперированных подвергались операциям в порядке оказания неотложной хирургической помощи, и только $\frac{1}{10}$ больных была оперирована в результате малоуспешного длительного консервативного лечения.

При язве двенадцатиперстной кишки неотложные операции были произведены только у $\frac{2}{3}$ оперированных больных.

Неотложные операции по поводу перфорации обычно ограничивались ушиванием язвы. Это относится главным образом к передовым этапам эвакуации. Резекция желудка применялась чаще в тыловых лечебных учреждениях и главным образом по поводу хронической язвенной болезни, не поддававшейся консервативному лечению. При язве двенадцатиперстной кишки чаще применялась задняя гастроэнтеростомия.

Успех лечения в условиях действующей армии определяется не только терапевтическими мероприятиями, но и правильной организацией эвакуации по назначению.

Язвенные больные по количеству пройденных этапов распределялись следующим образом: один этап 19,7% больных, два—28,6%, три—16,7%, четыре—12,1%, пять—10,2%, шесть—12,7%.

Итак, почти половина язвенных больных прошла 1—2 этапа, $\frac{2}{3}$ — от одного до трех этапов, и в $\frac{1}{3}$ случаев встречалась многоэтапность.

Чтобы яснее представить лечебно-эвакуационную характеристику язвенных больных, необходимо рассмотреть следующие вопросы: 1) откуда поступили больные, 2) на каком этапе определился исход заболевания, 3) сколько дней было проведено язвенными больными на всех этапах эвакуации до исхода.

Поступление больных характеризует табл. 71.

Таблица 71

Распределение больных по району их поступления (в процентах)

Район поступления	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Войсковой	31,0	28,6
Армейский	20,0	16,9
Фронтной	17,2	18,3
Тыловой	31,8	36,2
Итого	100,0	100,0

Как видно из табл. 71, только около $\frac{1}{3}$ язвенных больных поступило из войскового района и свыше $\frac{1}{2}$ — из фронтного и тылового района, вместе взятых. Этот факт весьма важен. Он показывает, что язвенные больные во время Великой Отечественной войны сосредоточивались преимущественно в тыловых частях и учреждениях фронта и глубокого тыла. Этапы, на которых определились исходы заболевания, представлены в табл. 72.

Таблица 72

Распределение больных по последнему этапу, где определился исход заболевания (в процентах)

Название этапа	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
МСБ	1,4	0,5
ППГ	3,6	1,8
ТНПГ	2,8	1,6
ГЛР армии	0,8	0,6
Эвакогоспиталь армии	2,8	3,3
СЭГ	3,1	2,8
ТЭГ армии	1,0	1,3
ГЛР фронта	1,6	0,9
Эвакогоспиталь фронта	29,4	29,8
ТЭГ фронта	1,4	1,9
Эвакогоспитали МЭП » Наркомздрава	52,1	55,5
Итого	100,0	100,0

Как следует из табл. 72, основная масса больных (свыше 80,0%) заканчивала лечение в эвакуогоспиталях фронта. На остальных этапах лечение заканчивалось в небольшом проценте случаев. Необходимо напомнить, что из числа язвенных больных только около 30,0% поступило из войскового района.

По количеству дней госпитального лечения до исхода заболевания больные распределялись следующим образом: до 10 дней—10,1% больных, 11—20 дней—14,6%, 21—30 дней—16,5%, 31—40 дней—12,0%, 41—60 дней—21,0%, 61 день и больше—25,8% больных.

Итак, 31,1% больных болели 11—30 дней, 33,0%—31—60 дней, 15,4%—2—3 месяца и немного более 10,0% больных—свыше 3 месяцев.

Средняя продолжительность лечения язвенных больных была равна 46,4 дня. Продолжительность лечения в мирное время составляла в различные годы 5—6 недель.

Конечно, сроки госпитализации военнослужащих в действующей армии нельзя полностью сравнивать с данными, относящимися к гражданским больным, лечившимся главным образом амбулаторно. Лечебные учреждения военного времени не только лечили больных, но и выносили экспертные заключения о степени их годности к военной службе.

ИСХОДЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Представление об исходах у больных язвенной болезнью основывалось на клинической картине заболевания, сопоставлении ее с анамнестическими данными, результатами объективного исследования больного, динамикой патологического процесса под влиянием лечебных мероприятий в период госпитализации, а также на тех заключениях о степени пригодности к несению военной службы, которые выносились лечащими врачами и госпитальными врачебными комиссиями.

Под клиническими исходами понимались изменения в состоянии здоровья больных, прошедших госпитализацию.

Медицинские исходы язвенной болезни у военнослужащих

Оценка медицинских исходов производилась на основании анализа записей лечащих врачей в историях болезни и эпикриза. Виды оценок были следующие.

1. Выздоровление, когда субъективные явления исчезали, а объективные данные подтверждали полностью или частично обратное развитие патологического процесса (исчезновение ниши).
2. Значительное улучшение, когда субъективные симптомы заболевания исчезали полностью или в значительной степени, хотя объективные данные и указывали на некоторые сохранившиеся патологические явления.
3. Незначительное улучшение, когда субъективные и объективные проявления язвенной болезни еще отмечались, но в меньшей степени, чем в начале госпитализации.
4. Состояние без перемен, когда не наблюдалось изменений со стороны субъективных и объективных симптомов в результате примененного лечения во время госпитализации.
5. Ухудшение, когда жалобы и объективные проявления заболевания указывали на прогрессирование патологического процесса и ухудшение общего состояния больного.
6. Летальный исход.

Ввиду многообразия проявлений язвенной болезни и ее по существу хронического течения, трудно было объективными методами исследования в условиях фронтовой обстановки подтвердить все степени изменения патологического процесса, которому не всегда соответствовала клиническая картина заболевания. Принимая во внимание сравнительно

небольшое число язвенных больных, выписанных из лечебных учреждений с заключением — значительное улучшение, или, наоборот, ухудшение, пришлось свести перечисленные выше группы в три основные: улучшение, без перемен и летальный исход, допуская в отдельных случаях более детальное их разграпичение и рассмотрение.

Медицинские исходы во многом определялись не только характером язвенного процесса и сопротивляемостью организма, но также разнообразными условиями боевой обстановки, которые в той или иной степени влияли на лечебно-эвакуационное обеспечение язвенных больных.

Ниже приводится сопоставление некоторых факторов военного времени и условий лечебно-эвакуационного обслуживания военнослужащих, страдавших язвенной болезнью, для выяснения возможных влияний этих обстоятельств на исходы.

«Улучшение» как вид медицинского исхода язвенной болезни составляло в среднем за все годы войны 65,0%, причем по годам войны лучшие исходы получены на первом и четвертом. Группа «Без перемен» составляла 30,0%, причем по годам войны она не давала больших отклонений от суммарных данных, за исключением первого года войны, в котором она была меньше на 8,0%. Следует отметить, что в группу «Без перемен» включены не только такие больные, которые пользовались лечением в лечебных учреждениях армии по поводу язвенной болезни, но и также, которые после кратковременного пребывания в госпитале для уточнения диагноза проходили военно-врачебную комиссию, увольнялись из армии и направлялись для лечения в гражданские лечебные учреждения. Количество умерших составляло весьма небольшой процент.

При оценке медицинских исходов следует учесть, что, во-первых, это «непосредственные или ближайшие» результаты госпитализации; во-вторых, в условиях войны военно-медицинская служба не всегда могла считать своей задачей полное излечение язвенных больных или достижение стойкой ремиссии, что являлось в основном обязанностью гражданских лечебных учреждений; в-третьих, приведенные соотношения медицинских исходов получены в результате госпитализации в различных условиях боевой обстановки, при применении самых разнообразных методов диагностики и лечения.

Отмеченные выше цели военно-медицинской службы в отношении лечения язвенных больных во время войны, а также то обстоятельство, что наблюдение за ними не могло быть длительным (если учесть, что война продолжалась четыре года), делают понятным, что военно-медицинская служба заключение о выздоровлении выносила с крайней осторожностью и только в редких случаях. Эти случаи, составившие около 2%, включены в группу «Улучшение». Что касается ухудшения, то случаи его были настолько неинтенсивными по клиническому выражению и настолько малочисленными (несколько больше 2% от всего числа исходов), что по существу не изменяло ни характер исходов, ни их соотношения. Поэтому такие случаи с полным основанием отнесены в группу «Без перемен».

По возрастным группам медицинские исходы (без умерших) распределялись примерно в тех же соотношениях, как и за всю войну, давая несколько лучшие показатели у больных в возрасте 26—35 лет и менее благоприятные в пожилом возрасте — старшие 46 лет. Естественно, что летальность, вообще незначительная, количественно была более высокой

в группе больных пожилого возраста, т. е. среди лиц, призванных в армию из запаса во время войны.

В общем числе больных язвенной болезнью резко преобладали лица, служившие в армии короткие сроки, т. е. призванные из запаса; лица же, прослужившие в армии 4 года и больше, т. е. принадлежавшие к кадровому составу армии, составляли менее $\frac{1}{4}$ относительно всех больных язвенной болезнью.

Наряду с этим, число случаев, завершившихся улучшением, в группе лиц, длительно прослуживших в армии, было больше, чем в группе военнослужащих с кратковременным сроком службы и соответственно с этим число неблагоприятных исходов, в частности, летальных, в первой из названных групп оказалось меньшим, чем во второй, т. е. в той, которую составляли лица, недолго прослужившие в армии (преимущественно призванные из запаса).

С отчетливой закономерностью выступает улучшение исходов по всем показателям у больных язвенной болезнью по мере удлинения времени пребывания на фронте; так, от первого года к четвертому группа «Улучшение» возросла на 6,6%, группа «Без перемен» снизилась на 2,3%, летальность упала.

В то же время удельный вес заболевших язвенной болезнью с учетом времени пребывания на фронте показывает, что наибольшее число больных (38,7%) приходится на первый год службы, наименьшее — на четвертый (15,4%).

Из сказанного ясно, что худшие показатели как по количеству, так и по тяжести заболеваний язвенной болезнью наблюдались у недавно мобилизованных военнослужащих. Язвенная болезнь, имевшаяся у этих лиц до призыва в армию, нередко обострялась в условиях действующей армии уже с первого года службы.

Медицинские исходы по группам «Улучшение» и «Без перемен» в общем мало менялись в зависимости от числа пройденных этапов, в то время как исходы заболевания в целом резко вариировали на различных этапах эвакуации.

Так, например, на ДМП исход заболевания определился у 1,0% язвенных больных, в лечебных учреждениях армейского района — у 12,1%, фронтового — у 33,2% и, наконец, в госпиталях тылового района — у 53,7% общего числа определившихся исходов.

Количество больных, у которых район поступления не удалось установить, составляло 8,4% к их общему числу.

Медицинские исходы язвенной болезни и повторная госпитализация

Повторная госпитализация может служить показателем тяжести течения язвенной болезни, склонности к частым обострениям и, стало быть, будет отражаться на исходах. Как и следовало ожидать, группа больных с повторной госпитализацией, составлявшая менее $\frac{1}{3}$ язвенных больных (31,4%), в силу более хронического течения дала больший процент в группе «Без перемен» и несколько меньшее число улучшений при сравнительно пониженном проценте летальности (1,4%).

Группа язвенных больных без повторной госпитализации и с отсутствием данных о ней составляла в общей сложности 68,6% и дала большее число улучшений (65,4%), меньшее число в группе «Без перемен», но зато несколько повышенную летальность.

По годам войны количество повторно госпитализированных закономерно увеличивалось и на последнем году войны возросло в 4 раза по отношению к первому году. Медицинские исходы у повторно госпитализированных в группах «Улучшение» и «Без перемен» были лучшими на первом году войны, но летальность была более высокой, снижаясь постепенно к последующим годам (табл. 73).

Таблица 73

Медицинские исходы у повторно госпитализированных по годам войны (в процентах)

Год войны	Медицинские исходы	
	улучшение	без перемен
Первый	72,0	24,0
Второй	62,7	34,3
Третий	62,8	36,2
Четвертый	65,6	33,8

По историям болезни можно было установить наличие или отсутствие жалоб до госпитализации у 81,1% язвенных больных. Сравнительно свежие заболевания отмечены у 43,9% больных. Заболевания начались без предшествующих жалоб, с внезапного обострения или с осложнения (перфорация, кровотечение) у 4,4%. Свыше 6 месяцев до госпитализации имелись жалобы у 51,7% больных. Медицинские исходы у больных со свежим заболеванием (жалобы до 6 месяцев) были хуже, чем у больных с длительными жалобами; так, частота улучшений у первых — 59,3 и 64,6%, у вторых — 71,6%; «Без перемен» у первых — 36,1 и 31,4%, у вторых — 27,9%; умерших среди первых — 4,7 и 4,0%, среди вторых — только 0,5%.

Немногочисленная группа больных без предшествующих жалоб, с острым началом заболевания дала пониженное количество улучшений — 52,5%, в группе «Без перемен» — 14,2% и значительное количество летальных исходов.

Таким образом, лучшие медицинские исходы были у больных с длительным язвенным анамнезом до госпитализации, худшие — у больных со свежими случаями язвенной болезни (жалобы давностью до 6 месяцев) и самые плохие — у группы без жалоб, с острым началом и осложнениями.

Интересны также соотношения медицинских исходов и длительности заболевания до войны. Прежде всего привлекает внимание значительное количество не болевших до войны (25,6%), т. е. таких больных язвенной болезнью, у которых ее симптомы появились лишь во время войны.

При оценке этих данных следует принять во внимание, что отсутствие записей в историях болезни симптомов, свойственных язвенной болезни, у больных до их службы в действующей армии, еще не говорит обязательно о наличии свежей язвы, с одной стороны, а с другой — эти данные не расходятся существенно с таковыми мирного времени и полученными из наблюдений над больными в некоторых специализированных эвакуогоспиталях во время войны.

Группа с анамнезом недавнего язвенного заболевания составляла 12,7%, или $\frac{1}{8}$ часть, а с более длительным (свыше 2 лет) — 74,0%, или $\frac{3}{4}$ всех больных, которые имели сведения о заболевании до войны (только в 7,3% не было данных). Медицинские исходы были лучшими в группе

с длительным язвенным анамнезом: улучшение отмечено в 69,8%, без перемен — 27,7%, тогда как в группе с коротким язвенным анамнезом (до года) улучшение составляло 57,4%, без перемен — 37,8%. В группе больных, не болевших до войны, были примерно такие же исходы, как и в группе с длительным язвенным анамнезом, но число умерших было почти в два раза больше.

Наилучшие исходы дали больные с длительным язвенным анамнезом (включая в этот срок и периоды ремиссий), а наихудшие — заболевшие перед призывом в армию.

Длительность госпитализации и медицинские исходы

Группы больных со сроком госпитализации 11—30 дней и 1—2 месяца составляли вместе около $\frac{2}{3}$ язвенных больных (31,0 и 33,0%); при этом в группе больных со сроком госпитализации до 2 месяцев улучшение наблюдалось в 69,6%.

Наихудшие исходы отмечены в малочисленной группе больных со сроком госпитализации до 10 дней. В эту группу вошли больные с острыми формами язвенной болезни; в одних случаях — в течение указанного выше срока — наступил летальный исход вследствие осложнений язвенной болезни, в других — быстро возникло улучшение под влиянием госпитализации и оказавшегося весьма эффективным лечения. Не исключено, что в эту группу могли попасть и больные с обострением антрального гастрита или пилородуоденита, сходных по клиническим симптомам с язвенной болезнью.

Медицинские исходы у больных язвенной болезнью показывают, что число больных, у которых язвенная болезнь была правильно диагностирована, составляло 90,3% или $\frac{9}{10}$ относительно всех случаев язвенной болезни.

На протяжении войны отмечается нарастающее улучшение качества диагностики.

В заключение следует указать, что относительно менее благоприятные исходы отмечены при локализации язвы в желудке.

Немногочисленные больные с язвой неустановленной локализации дали несколько худшие исходы, чем вся масса язвенных больных.

Небольшая группа больных с перигастритами и перидуоденитами дала более благоприятные исходы, как это отмечалось в литературе (В. Н. Хлебников): улучшение у 75,5%. В эту группу не вошли случаи, где эти заболевания в качестве осложнений сочетались с установленной язвой.

Малочисленные больные со стенозами привратника, а также больные с оперированным желудком дали, как и следовало ожидать, несколько худшие исходы.

Медицинские исходы при осложнениях язвенной болезни

Осложнения в виде кровотечений, перфораций и сочетанные осложнения наблюдались у 17,9% язвенных больных. Средний процент кровотечений (по В. Н. Хлебникову) среди ограниченного числа язвенных больных нескольких эвакуогоспиталей за годы Великой Отечественной войны составил 14,5, причем кровотечения при язве желудка отмечены в 4 раза чаще, чем при язве двенадцатиперстной кишки. Кровотечения составляли 55,9% всех осложнений, прободения — 34,9% и сочетанные осложнения — 9,2%.

Заслуживает внимания динамика осложнений на протяжении войны. Процент прободений как наиболее грозного осложнения резко снизился к концу войны, а процент сочетанных осложнений упал лишь в последний год войны; кровотечения, наоборот, к последнему году войны возросли.

Группа язвенных больных с осложнениями дала не совсем благоприятные показатели по исходам; улучшение наступило только в 59,0% случаев.

Группа больных без осложнений дала: улучшение — 66,4%, т. е. на 7,9% больше, чем в группе с осложнениями, без перемен — 33,0%.

Худшие исходы, особенно по летальности, наблюдались при перфорациях.

Сравнительно благоприятные исходы отмечены в группе кровотечений, которые по своему патогенезу и менее острому течению допускали применение консервативной терапии.

Медицинские исходы язвенной болезни и их связь с методами лечения

Методы лечения язвенной болезни, применявшиеся на различных этапах, были разнообразны. Выбор их часто определялся боевой обстановкой и условиями расположения госпиталей. Поэтому для удобства изучения методы лечения язвенной болезни были схематически разделены на несколько групп. К первой отнесены случаи применения самого простого и несложного лечения, состоящего из постельного режима, щадящей диеты, назначения обычных медикаментов (щелочи в разных формах в сочетании с экстрактом красавки или без него и т. д.) и элементарной физиотерапии (грелка на живот). Во вторую группу выделены случаи, где назначалась специальная противоязвенная диета (Яроцкого, Певзнера и т. д.). К третьей группе отнесены случаи, в которых, помимо обычного лечения, проводились аутогемотерапия, переливание крови, различные виды протеинотерапии (АЦС по Богомольцу и др.), лечение большими дозами атропина, внутривенное введение брома и т. д., а также различные виды физиотерапии: УВЧ, диатермия, кварц, торфо- и парафинотерапия и т. д. К четвертой группе отнесены случаи, в которых, помимо обычного, применялось хирургическое лечение; к пятой группе — случаи, в которых не проводилось выдержанного преемственного лечения; наконец, к шестой — единичные случаи с недостаточным лечением или совсем без лечения. Медицинские исходы в этих группах приведены в табл. 74.

Таблица 74
Медицинские исходы в сопоставлении с видом лечения
(в процентах)

Вид лечения	Медицинские исходы	
	улучшение	без перемен
Обычное	62,5	35,8
Специальная диета	77,4	22,6
Обычное, специальная терапия и физиотерапия	71,1	25,0
Смешанное	76,3	22,0

Обычный способ лечения был преобладающим. Исходы при нем дали улучшение в 62,5%. Вторая группа дала наилучшие исходы: улучшение

у 77,4%, без перемен у 22,6%, летальных исходов не было. Третья группа, с добавочными методами лечения, составлявшая 28,6%, дала значительное число улучшений — 71,1%.

Медицинские исходы при оперативном вмешательстве были более благоприятными у больных с язвой двенадцатиперстной кишки, чем у больных с язвой желудка, у которых летальность была в два раза выше.

Для того чтобы оценить результаты лечения военнослужащих, страдавших язвенной болезнью в Великую Отечественную войну, следует сопоставить их с соответствующими данными мирного времени и периода Великой Отечественной войны у гражданского населения. К сожалению, ни в отечественной, ни в зарубежной литературе нет исчерпывающих суммарных данных о медицинских исходах при язвенной болезни, а многочисленные отрывочные наблюдения над эффективностью различных методов лечения, произведенные на ограниченном числе язвенных больных (кроме оперативного способа лечения), не могут служить достаточным критерием для сравнения.

Показателем эффективности лечения больных язвенной болезнью является достижение стойкой ремиссии, которую, по данным И. М. Рыбакова, в мирное время удавалось получить у 40,0% язвенных больных (выздоровление). Во время Великой Отечественной войны лишь в специализированных госпиталях, санаториях, клиниках и при длительном лечении можно было добиться ремиссии на срок до 2—3 месяцев.

В одной из клиник Ленинграда в 1943—1945 гг. ремиссия отмечена в 52,4% случаев, улучшение — в 40,3%, без перемен — 6,9%, умерло 0,4%; в 1938 г. в этой же клинике процент ремиссий был выше.

По данным мирного времени, Р. А. Лурия также получил 22,1% излечений и 70,0% улучшений. Диетическое лечение вне стационара в мирное время (М. С. Маршак, В. Л. Островский, Е. Н. Боринская) давало в 70,0% значительное улучшение с небольшим числом рецидивов (13,0%) в течение года.

Во время Великой Отечественной войны у военнослужащих, страдавших язвенной болезнью, излечение и улучшение были отмечены в 65,0% случаев.

В санаторно-курортных условиях в начале войны медицинские исходы были благоприятными и мало отличались от исходов мирного времени: улучшение — 94,8%, без перемен — 4,3%, ухудшение — 0,9%.

В условиях санатория для желудочно-кишечных больных улучшение отмечено в 75,6%, без перемен — 24,4%. Относительно высокий процент больных, которым пребывание в специализированном санатории не принесло перемен, обусловлен тем, что в санатории этого рода направлялись наиболее тяжелые больные, с осложненными, упорными формами язвенной болезни.

Таким образом, даже эти скудные литературные данные показывают, что в военное время характер и течение язвенной болезни были более тяжелыми по сравнению с мирным временем не только у гражданского населения, но и у военнослужащих.

Выводы

1. На протяжении Великой Отечественной войны медицинские исходы язвенной болезни улучшались главным образом в отношении летальности, которая значительно снизилась к последнему году войны.

2. У язвенных больных более пожилого возраста медицинские исходы были менее благоприятными.

3. У военнослужащих, недавно призванных в армию и мало находившихся на фронте, медицинские исходы были менее благоприятными, чем у лиц, находившихся дольше в рядах армии.

4. У язвенных больных, прошедших лишь 1—2 этапа эвакуации, медицинские исходы были более благоприятными, чем у больных, прошедших большее число этапов.

5. У больных язвенной болезнью, которые поступили из действующих частей и соединений и у которых исход определялся на этапах войскового и армейского района, медицинские исходы в общем были хуже, чем у тех больных, которые поступили из фронтового и тылового района и у которых определялся исход на этих же этапах.

6. У повторно госпитализированных язвенных больных медицинские исходы были несколько лучше, чем у однократно госпитализированных, главным образом в отношении летальности, хотя количество выписанных в часть было несколько меньше, а уволенных — больше при повторной госпитализации.

7. Те группы язвенных больных, которые состояли из лиц, заболевших незадолго до войны, или недавно призванных в армию (до 6 месяцев), дали худшие медицинские исходы, чем группа больных с анамнезом более старого язвенного заболевания, обнаружившегося во время и до войны.

8. Медицинские исходы оказались лучшими при ранней диагностике на этапах эвакуации. При язве желудка исходы были хуже, чем при язве двенадцатиперстной кишки, а также чем у больных со стенозом привратника. Больные с перигастритом и перидуоденитом дали лучшие исходы по всем показателям.

9. Медицинские исходы при осложнениях язвенной болезни, естественно, оказались значительно хуже, чем при неосложненных ее формах. Более высокая летальность имела место при прободениях язв.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Причиной смерти при язвенной болезни у военнослужащих в период Великой Отечественной войны являлись различные осложнения; из них наиболее частыми были перфорации язв, установленные в 70,6% всего числа летальных исходов. Другими причинами были профузные кровотечения, составлявшие 21,8%, и прочие осложнения (пенетрирующие язвы, осложненные перитонитом или ограниченными гнояниками брюшной полости, истощение на почве пилоростеноза, осложнения после операций, произведенных по поводу язвенной болезни не по экстренным показаниям, и др.) — 7,6%. Значительно преобладали случаи смерти от осложненных желудочных язв по сравнению с дуоденальными.

В желудке язвы чаще всего встречались на малой кривизне — в 58,0% случаев, в области привратника — в 36,0%, на передней поверхности — в 4,0% и, наконец, в области кардии — в 2,0%. Заслуживает внимания, что при кровотечениях язва чаще находилась на малой кривизне.

Язвы двенадцатиперстной кишки располагались почти исключительно в начальной и верхней горизонтальной части, преимущественно на передней стенке; лишь в немногих случаях были обнаружены язвы на нижерасположенных участках.

В большинстве случаев (52,6%) отмечался небольшой размер язв — менее 3 см в диаметре. Прободные отверстия перфоративных язв в 78,3% имели в диаметре больше 0,5 см, а в 39,1% их диаметр превышал 1 см.

У значительной части умерших отмечены каллезные язвы: при перфорациях — в 43,5%, при кровотечениях — в 54,5%. Почти в $\frac{1}{3}$ случаев (32,6%) имела место пенетрация язв в соседние органы, преимущественно в печень и поджелудочную железу.

Пенетрирующие язвы в 18,7% осложнялись ограниченными гнояниками брюшной полости, локализованными преимущественно в области печени. Часто отмечалась комбинация различных осложнений язвенной болезни: так, в 16,9% имело место сочетание прободения с кровотечением, причем в 7,0% на секции были обнаружены зияющие сосуды над язвами, а в остальных случаях на это сочетание указывал геморрагический характер содержимого брюшной полости или прижизненно отмечавшиеся признаки желудочно-кишечного кровотечения (кровавая рвота, дегтеобразный стул).

Сочетание профузного кровотечения из язв с их пенетрацией отмечено в 18,2%, а пенетрации с прободением — в 13,8%. В 6,9% прободению

язвы сопутствовал пилоростеноз со значительным расширением желудка. Среди умерших от пилоростеноза в половине случаев язвы имели пенетрирующий характер, а в 25,0% одновременно наблюдалось профузное кровотечение из язвы.

Явления перигастродуоденита были обнаружены на секции при прободениях в 10,0% случаев, при пилоростенозах — в 25,0%.

Множественные язвы были диагностированы в 12,0% случаев, а на секциях умерших от перфорации установлены в 17,3%. Число язв большей частью не превышало двух. В 25,0% всего числа множественных язв имела комбинация желудочной и дуоденальной локализации, в остальных же язвенные дефекты были расположены только в одном из этих органов. В одном случае имела место одновременная перфорация двух пилорических язв. Макроскопические данные, свидетельствующие о раковом перерождении язв, были отмечены в 5,0%, причем во всех случаях это относилось к умершим от прободения, имевшим длительный язвенный анамнез.

Из сопутствующих поражений других органов чаще всего отмечались пневмонии — в 27,5%, которые в значительной части (в 36,4%) носили характер послеоперационного осложнения. Поражения сердечно-сосудистой системы были обнаружены в 12,5% и заключались главным образом в более или менее распространенных склеротических изменениях крупных сосудов.

Возраст умерших от осложнений язвенной болезни представлен в табл. 75.

Таблица 75

Распределение летальных исходов язвенной болезни по возрастам (в процентах к итогу)

Возраст	Причина смерти		
	кровотечение из язвы	прободение язвы	прочие причины
До 24 лет	—	8,0	—
25—29 »	7,0	4,0	—
30—34 года	21,0	16,0	33,0
35—39 лет	43,0	26,0	34,0
40—44 года	29,0	26,0	22,0
45 лет и старше	—	20,0	11,0
Итого	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 75, максимум летальных исходов при всех осложнениях язвенной болезни падал на возраст 30—44 года. При прободениях чаще, чем при других осложнениях, наблюдались случаи смерти как в молодых возрастных группах (до 24 лет), так и в более пожилом возрасте (старше 45 лет).

Что касается клинической картины осложнений язвенной болезни в случаях с летальным исходом, то относительно прободных язв можно отметить, что в 62,3% это осложнение наступало не внезапно, а после некоторого периода обострения желудочных симптомов, продолжавшегося в большинстве случаев от нескольких дней до 2 недель.

По временам года случаи перфорации язвы с летальным исходом в процентном отношении распределялись следующим образом: зимние месяцы — 32,7, весенние — 21,2, летние — 19,2, осенние — 26,9.

Прободения с летальным исходом чаще наблюдались в осенне-зимнюю половину года (59,6%), причем большее число их пришлось на декабрь (25,0%).

Меньше всего перфораций (7,1%) возникало в ночные часы — от 0 до 6 часов утра, на утренние часы — от 6 часов утра до 12 часов дня — приходилось 43,0%; на дневные — от 12 до 18 часов — 28,6%; на вечерние — от 18 до 24 часов — 21,3%.

Из причинных моментов, с которыми предположительно связывалась перфорация язвы, следует указать на обильный прием пищи (наиболее часто), физическое перенапряжение (марш, подъем тяжести), травму (ушиб живота), волнения.

Субъективные симптомы при прободениях в большинстве случаев не представляли каких-либо особенностей по сравнению с теми, которые наблюдались в довоенное время. Можно только отметить, что среди начальных симптомов перфорации еще до возникновения развернутой картины перитонита относительно часто наблюдалась рвота.

В некоторых случаях (5,8%) болевой симптом был мало выражен. Данные объективного исследования большей частью соответствовали общепринятым представлениям о клинической картине прободных язв. Однако в ряде случаев имели место некоторые отклонения от обычной картины, а именно: язык у многих больных оставался влажным при уже наступившем перитоните; иногда отсутствовал симптом Блюмберга, сохранялась печеночная тупость, живот участвовал в дыхании. Больше чем у половины больных (55,8%) отмечался упадок питания.

Профузное кровотечение из язвы только в небольшой части случаев (8,3%) наступало внезапно. Чаще оно появлялось на фоне предшествовавшего обострения язвенной болезни, имевшего различную длительность — от нескольких дней до 3 месяцев. Кровотечения нередко наблюдались в холодное время года: на 3 зимних месяца пришлось 42,9% случаев этого осложнения, в том числе на декабрь — 35,6%.

Большая часть больных с прободными язвами была подвергнута оперативному вмешательству, главным образом ушиванию язвы, причем больше чем в половине случаев (51,3%) операция была произведена в эвакуогоспиталях, в 27,0% — в ППГ, в 18,9% — в МСБ и в 2,8% — в других лечебных учреждениях.

В 58,3% случаев хирургическая помощь была оказана на первом этапе эвакуации, а в 36,0% — на втором. Несмотря на раннее оперативное вмешательство, в некоторых случаях наступил летальный исход не позднее 6 часов после появления первых признаков прободения. У некоторых из рано оперированных больных решающую роль в неэффективности операции, вероятно, сыграло общее состояние больных. У остальных неблагоприятный исход мог зависеть от комбинации прободения с кровотечением, от множественности и распространенности язвенных дефектов, а также от сопутствовавших изменений со стороны органов кровообращения.

Причиной позднего хирургического вмешательства являлась в большинстве случаев атипичность клинической картины. Этой же атипичностью, наблюдавшейся преимущественно у больных с нарушением общего питания, следует объяснить, повидимому, и тот факт, что в части

случаев операция вовсе не была произведена. При летальных исходах смерть наступала в течение первых 3 суток после операции, в том числе в $\frac{1}{3}$ случаев — в первые сутки. Непосредственной причиной смерти большей частью являлся перитонит, а иногда пневмония, гнойный плеврит, язвенный колит и т. д.

При профузных кровотечениях хирургический метод лечения был применен в 28,5% случаев, причем резекция желудка была произведена только у единичных больных, а у остальных — различные паллиативные операции.

Летальный исход у оперированных по поводу профузных кровотечений наступал большей частью в течение первой декады и был обусловлен главным образом различными послеоперационными осложнениями: перитонитом, пневмонией и т. д.

Совпадение прижизненной и патологоанатомической диагностики имело место в 84,3% случаев с летальным исходом. Расхождение диагнозов отмечено в 15,7% случаев: полное — в 11,8% и неполное — в 3,9%.

При кровотечениях всегда имело место совпадение диагнозов; при прободениях расхождение диагностики отмечено в 15,7%.

При расхождении диагнозов вместо прободной или пенетрирующей язвы диагностировался большей частью рак желудка, а иногда кишечная непроходимость и др.

Отмеченное в некоторых случаях неполное расхождение диагнозов выражалось в том, что при правильном распознавании осложнения (перитонита) осталось нераспознанным основное заболевание — язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки.

При выяснении причин дефектов диагностики создается впечатление, что большая часть диагностических ошибок была обусловлена относительно часто наблюдавшейся в военное время атипичностью клинической картины язвенной болезни и ее осложнений.

Таковы, по данным историй болезни, результаты анализа летальных исходов у больных язвенной болезнью.

Для более детального освещения патологоанатомической картины были дополнительно подвергнуты разработке карты секций тех лиц, у которых на вскрытии была обнаружена язвенная болезнь. Среди карт и документов, относившихся к случаям смерти не только от болезней, но и от других причин, главным образом от боевых травм, указание на обнаруженную при вскрытии язвенную болезнь как на причину смерти имело место в 0,89% случаев.

Необходимо принять во внимание, что во время войны секциям подвергались преимущественно умершие от ранений, а в секционных данных мирного времени основное место занимала смерть от болезней.

Следует также учесть, что больные язвенной болезнью могли оказаться в армии только в виде исключения, так как по состоянию здоровья они подлежали освобождению от военной службы.

Основные причины смерти в изученных по картам секций случаях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки представлены в табл. 76.

Как видно из табл. 76, в 87,7% случаев причиной смерти явились те или другие осложнения язвенной болезни: прободения, профузные кровотечения, рубцовые изменения в гастродуоденальной области и пенетрация язв в соседние органы. Случаи ракового перерождения язв выделены особо, так как патологоанатомический диагноз при них был по-

ставлен только на основании макроскопической картины, с учетом клинических данных, главным образом анамнеза. Количественные взаимоотношения между отдельными осложнениями язвенной болезни в описываемых случаях почти полностью совпадают с данными работы И. Н. Кожевниковой, которая обнаружила прободение язвы в 50,0% и кровотечения из эрозированных сосудов — в 20,0%. Что касается дан-

Таблица 76

**Причины смерти при осложненных язвенной болезни
(в процентах)**

Причина смерти	Процент к итогу
Прободение язвы	59,8
Острое кровотечение из язвы	26,2
Рубцовые сужения желудка и двенадцатиперстной кишки на почве язвенной болезни	0,9
Осумкованные глотники брюшной полости при пенетрирующих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки	0,8
Раковое перерождение язвы	2,1
Истощение на почве язвенной болезни	3,3
Осложнения после операций, произведенных при язвенной болезни не по экстренным показаниям	4,7
Различные сопутствующие болезни	2,2
Итого	100,0

ных мирного времени об относительной частоте различных осложнений язвенной болезни по секционному материалу, то прободения составляли 26,0—35,44% общего числа летальных исходов язвенной болезни.

В свете приведенных данных следует признать, что разбираемые секционные материалы, несомненно, говорят об относительном повышении процента прободений гастродуоденальных язв среди других причин смерти в военное время (0,49 против 0,45—0,43 в мирное время). По отношению же к числу вскрытий военнослужащих, умерших от болезней, процент прободных язв достигает 2,2.

Из остальных осложнений язвенной болезни следует отметить относительно большое число летальных исходов после острых кровотечений из язв.

Между различными фронтами не существует заметной разницы в процентном соотношении отдельных осложнений язвенной болезни. На фронтах число прободных язв составило 59,6% по отношению ко всему числу летальных исходов. Процент кровотечений соответственно определялся в 26,3.

В разные годы войны сохранялись в основном одни и те же количественные соотношения между различными осложнениями язвенной болезни, главным образом между прободениями и профузными кровотечениями, с преобладанием их при язве желудка (табл. 77).

Согласно этим секционным данным, число язв желудка относилось к числу дуоденальных язв, как 5,5 : 1; при прободных язвах это отношение

Таблица 77

Распределение умерших от язвенной болезни по локализации процесса
(в процентах к итогу)

Локализация язвы	Причина смерти			Всего
	прободенные язвы	кровоотечение	прочие причины	
Язва желудка	84,4	75,3	86,3	82,3
Язва двенадцатиперстной кишки	13,2	19,9	12,2	14,8
Комбинированные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	0,9	2,4	1,5	1,4
Пилородуоденальные язвы	0,9	2,4	—	1,2
Язвы толстой кишки	0,4	—	—	0,2
Язвы невыясненной локализации	0,2	—	—	0,1
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

достигало 6,4 : 1, а при кровоотечении — 3,8 : 1. По летальным исходам от прочих причин указанное отношение было 7 : 1. Раковое перерождение язв было обнаружено только в желудке. Следует отметить, что в литературе военного времени имеются указания на еще большее преобладание желудочной локализации язв. Конкретная (детальная) локализация по отдельным участкам желудка и двенадцатиперстной кишки отмечена в 58,8% случаев язвы желудка и в 5,8% язвы двенадцатиперстной кишки. Из числа последних 37,5% были расположены на передней, 37,5% — на задней и 25,0% — на верхней стенке горизонтальной части двенадцатиперстной кишки.

Данные о локализации язв в желудке в связи с осложнениями, обусловившими летальный исход, представлены в табл. 78.

Таблица 78

Распределение умерших по локализации язвы на отдельных участках желудка (в процентах)

Локализация язвы	Причина смерти			Всего
	прободенные язвы	кровоотечение	прочие причины	
Язвы малой кривизны	40,1	45,4	27,4	40,1
Пилорические	39,7	32,4	51,0	39,7
Препилорические	11,0	8,3	7,8	9,9
Язвы области кардии	4,6	9,8	9,8	6,6
» передней стенки	2,1	0,8	—	1,5
» задней стенки	1,1	—	2,0	0,9
» области дна	0,4	0,8	—	0,5
» большой кривизны	1,0	2,5	2,0	1,5
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

В приведенных данных следует отметить некоторую особенность, противоречащую господствовавшим до войны представлениям, а именно —

тенденцию к преобладанию прободных язв на малой кривизне желудка; раньше имелись только отдельные указания относительно большей подверженности прободению именно язв на малой кривизне.

Отмечаемое в приведенных выше данных значительное преобладание профузных кровотечений при язвах желудка расходится с некоторыми указаниями довоенного времени. Так, Р. А. Лурия говорит, что большая часть смертельных исходов при этом осложнении приходится на дуоденальные язвы. Преимущественное расположение желудочных кровоточащих язв по малой кривизне отмечалось и в довоенной литературе (А. А. Немилев). Из более редких локализаций язвенного процесса в связи с летальным исходом нужно отметить единичные случаи прободения язвы тощей кишки. А. А. Немилев указывает, что к 1937 г. было описано более ста прободных язв этой локализации. Наряду с этим, В. Н. Смотров характеризует язвы тощей кишки, как особенно склонные к осложнениям (перфорации и кровотечения).

Один из этих случаев заслуживает внимания в том отношении, что язва тощей кишки развилась и перфорировала во время пребывания больного в госпитале менее чем через 1½ месяца после наложения гастроантероанастомоза по поводу язвы малой кривизны желудка. Клиническая картина прободения при этом была типичной и трактовалась в качестве кишечной непроходимости. Как пример другой редкой локализации можно привести еще случай перфоративной язвы кардиальной части желудка на границе с пищеводом у больного, у которого на секции, кроме ушитой прободной язвы, на указанном месте были обнаружены множественные язвы малой кривизны желудка со стенозом кардии и пилорической области. У другого больного имело место прободение брюшной части пищевода в комбинации с кровотечением из язвы. Аналогичный случай кардиальной прободной язвы с вовлечением в процесс большого участка пищевода приводит из своих секционных данных и И. Н. Кожовников.

Сопоставление различной локализации язв у умерших от осложнений язвенной болезни по отдельным годам войны указывает, что преобладание желудочной локализации было особенно выражено в первый год войны и заметно уменьшилось в последующие годы. Это относительно увеличение числа дуоденальных язв особенно проявлялось при кровотечениях: отношение желудочных кровоточащих язв к дуоденальным с 12 : 1 в первый год войны снизилось до 2 : 1 в третий год.

Данные о возрасте умерших показывают, что число умерших в возрасте 30 лет и старше составляло 82,8% ко всем летальным исходам, 81,6% при прободных язвах и 85,1% при кровотечениях. Внутри же этой группы большая летальность отмечена в возрасте 35—39 лет, особенно при профузных кровотечениях. Обращает на себя внимание большее число случаев смерти в возрасте до 30 лет при дуоденальных язвах по сравнению с желудочными—20,1% против 12,8%. Это объясняется тем, что язвы двенадцатиперстной кишки, согласно ряду литературных указаний, чаще отмечаются в более молодом возрасте. Следует отметить молодой возраст большинства умерших от язв, перерожденных в рак, — у ⅔ ниже 40 лет.

Из сопоставления числа случаев смерти от осложнений язвенной болезни по картам секции с числом пройденных этапов эвакуации удалось вывести некоторые заслуживающие внимания заключения.

Большинство умерших от осложнений прошло лишь 1—2 этапа эвакуации, около 1/3 прошло 3 и более этапов (29,2% при прободениях и 30,3% при кровотечениях). Многоэтапность отмечена лишь у оперированных не по экстренным показаниям. Неоперированные больные с перфорацией язвы дали несколько больший процент многоэтапности

(32,0 против 26,9) по сравнению с оперированными. Объяснялось это тем, что клиническая картина перфорации не развивалась бурно и остро, была атипичной, и поэтому в некоторых случаях верный диагноз устанавливался не сразу, не был ранним. Следует учесть, что нередко осложнения язвенной болезни развивались на конечных этапах эвакуации, а до этого больные, поступившие с неосложненной картиной язвенной болезни и даже по поводу других заболеваний, ранений и контузий, уже успевали пройти ряд этапов эвакуации.

Сравнивая данные о числе этапов эвакуации, пройденных больными в отдельные годы войны, можно отметить некоторую тенденцию к постепенному уменьшению многоэтапности, особенно при прободных язвах. Так, если в 1942 г. число прошедших больше 3 этапов составило 17,7%, то в 1943 г. — 14,1%, а в 1944 г. — 8,6%.

Большая часть этих больных (56,6%) находилась в госпиталях меньше 10 дней. В случаях с оперированными прободными язвами чаще имели место более длительные сроки пребывания больных по этапам (от 11 до 225 дней), чем при неоперированных, соответственно в 37,2 и 31,9%.

Максимальное число больных поступило на первый этап эвакуации в осенне-зимние месяцы (в октябре, ноябре, декабре, январе), на которые приходится 57,0%.

При сравнении данных за отдельные годы войны получается приблизительно одинаковая картина распределения поступлений по временам года с тем же осенне-зимним максимумом и летним минимумом.

Приведенные данные, указывающие на роль сезонности в обострениях и осложнениях язвенной болезни, согласуются с большей частью литературных указаний как мирного, так и военного времени.

В 21,7% случаев имелись указания о времени суток, когда произошло прободение язвы. Согласно этим данным, прободения распределялись по четвертям суток следующим образом: наименьшая их часть (17,3%) пришлась на ночное время — от 0 до 6 часов; в утренние часы — от 6 до 12 часов — количество возникших перфораций составило 23,1% относительно их общего числа; в дневное (послеобеденное) время — от 12 до 18 часов — 29,8%; в вечернее время (после ужина) — 29,8%. Эти данные совпадают с представлениями о большей частоте прободений в дневное и вечернее время.

Анамнестические данные о прежних, бывших еще до войны заболеваниях желудка имелись в 31,2%; в 0,2% карт секций имелось указание на то, что у умерших в прошлом никаких желудочных заболеваний не было. В остальных документах сведения о заболеваниях желудка в прошлом отсутствовали. Однако в значительной части случаев из числа последних (27,1% общего числа умерших) патологоанатомическая картина говорила о хроническом характере язвенного процесса. Пенетрирующая в поджелудочную железу язва была обнаружена на секции и в одном из тех случаев, в которых было указано на отсутствие в прошлом желудочных заболеваний. Таким образом, относительно 58,3% всего числа умерших можно с определенностью говорить о хроническом характере заболевания. Острый (свежий) характер язв был на секции установлен только в 0,53% случаев, а в 33,1% нет данных о давности язвенного поражения. Можно быть уверенным, что приведенный выше процент как хронических, так и свежих язв не отражает подлинного положения вещей. В действительности хронических язв было значительно больше, что соответствует литературным указаниям, в которых подчеркивается превалирование в армии

в период Великой Отечественной войны обострений бывшей еще до войны язвенной болезни и значительно меньшее число свежих заболеваний. Данные о длительности довоенного язвенного анамнеза представлены в табл. 79.

Таблица 79

Распределение умерших от язвенной болезни по длительности
довоенного анамнеза (в процентах)

Длительность	Причины смерти			
	пробо- денные язвы	крово- тече- ние	раковое перерож- дение	прочие причины
До 6 месяцев	7,2	6,3	—	8,8
1/2 — 1 год	10,5	12,5	—	14,7
1 — 2 года	7,9	16,2	—	5,9
2 — 3 »	11,2	12,5	11,1	8,8
3 — 5 лет	12,5	17,5	11,1	22,5
5 — 10 »	25,7	27,5	44,5	27,5
10 лет и больше	25,0	7,5	33,3	11,8
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 79 видно, что у 60,7% всех умерших, у которых имелся язвенный анамнез, относящийся к довоенному времени, желудочное заболевание было давностью больше 3 лет, а в 45,5% — больше 5 лет. Больше всего больных с особенно длительным язвенным анамнезом отмечено среди умерших от прободения язвы. Что касается характера желудочного заболевания в прошлом, то в 2,5% случаев имелось указание на перенесенную операцию по поводу язвенной болезни, в том числе у 1,1% в связи с перфорацией язвы. У 7,6% больных в анамнезе были острые желудочно-кишечные кровотечения из язв, у 1,8% рентгенологически определялась язва. У половины больных в прошлом отмечался болевой симптом, у 1/2 наблюдались рвоты и характерная периодичность течения болезни; у остальных единственным патологическим проявлением была диспепсия. В 5,0% общего числа карт секций отмечен установленный до войны диагноз заболевания, причем у 3,2% больных диагностировалась раньше язвенная болезнь, а у остальных — гастрит. Указание на прежнее лечение имелось только в 2,34%, в том числе в 1,0% на стационарное лечение и в 0,2% на санаторно-курортное.

Переходя к описанию патологоанатомической картины у умерших от осложнений язвенной болезни, следует прежде всего остановиться на вопросе о размерах язв и их прободных отверстий. В литературе военного времени преобладали указания на значительно большие размеры язв в период Великой Отечественной войны по сравнению с довоенным временем. И. Н. Кожевникова за первую половину войны только в 8,3% случаев отмечала язвы диаметром меньше 1 см; в 30,0% размер язв превышал 4 см. Г. Л. Дерман, наоборот, наблюдал в большинстве случаев язвы небольших размеров — до 1 см и меньше в диаметре. А. И. Абрикосов и в довоенных условиях указывал на существующие значительные вариации размера хронических язв (от вишневой косточки до ладони взрослого человека) с преобладанием средних между этими размерами.

В изученных картах секций преобладали указания на небольшие размеры язв: размер язв больше 3 см отмечен в 44,2%, из них 5—10 см — в 14,0%, а больше 10 см — в 5,44%. Размер дуоденальных язв ни в одном случае не превышал 5 см, между тем как среди желудочных язв подобный размер обнаружен в 20,9%. Между прободными и кровоточащими язвами особого различия в отношении размера отметить не удалось. В 2 случаях язв, перерожденных в рак, их размер превышал 3 см. В большинстве случаев прободные отверстия язв были большого размера; у 70,4% из числа умерших, относительно которых имелись соответствующие данные, они имели размер 0,5 см. У одного больного прободное отверстие язвы желудка достигало приблизительно 20 см.

Имело место некоторое уменьшение размеров прободных отверстий в последние 2 года войны: если в первые два года малые размеры отверстий (меньше 0,5 см) были отмечены в 10,7% случаев, то в 1943—1944 гг. — в 19,2%; наоборот, отверстия больших размеров (свыше 2 см) в первые 2 года были обнаружены в 17,9%, тогда как в последние 2 года — только в 3,8%.

В части случаев отмечался параллелизм между размером язв и степенью упадка питания больных. Однако большие прободные отверстия в желудке имели иногда место и при хорошем общем питании больных. Так, у одного больного с хорошим общим питанием прободное отверстие язвы имело величину 20-копеечной монеты.

На рис. 44 показана прободная каллезная язва кардиальной части желудка размером 8 × 5 см, пенетрирующая в левую долю печени, с прободным отверстием размером 3 см.

Рядом авторов отмечено увеличение количества множественных язв в период Великой Отечественной войны и учащение множественных локализаций.

По данным карт секций, множественные язвы обнаружены всего в 6,0%, причем на желудочную локализацию приходится 5,4% по отношению ко всем язвам желудка; в двенадцатиперстной кишке множественные язвы отмечены в 1,4%. В 22,8% из всего числа случаев множественных язв имелась комбинированная локализация в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Из общего числа случаев множественных язв в 29,8% в патологоанатомических протоколах их точное число не указано, в 50,9% имелось по 2 язвы, в 14,0% — по 3, в 1,7% — по 4, в 3,6% — по 5 язв.

Заслуживает упоминания отмеченное у одного больного наличие двух прободных язв желудка, что является большой редкостью. Н. Е. Дудко на 618 прободений наблюдал лишь 5 множественных.

В 1941—1942 гг. множественные язвы наблюдались в 7,6% против 5,9% в последующие два года.

Между прободными и кровоточащими язвами разницы в частоте случаев множественных язвенных дефектов не отмечено: при прободениях они установлены в 6,6%, при кровотечениях — в 5,3%. Необходимо отметить, что в 3 случаях множественные язвенные дефекты были обнаружены при перерожденных в рак язвах, причем в одном, наряду с язвой привратника, подвергшейся злокачественному перерождению, имелась вторая пептическая язва двенадцатиперстной кишки.

Большой В. П. В., 1895 г. рождения. Прободная язва малой кривизны кардиальной части желудка размером 3 × 4 см с прободным отверстием 3 × 1 см; на задней стенке двенадцатиперстной кишки два овальной формы рубцующихся дефекта размером 0,2 × 0,3 см и 1 × 1,5 см.

Клинический диагноз: прободная язва желудка. Опухоль кардиальной части желудка. Истощение.

Анатомический диагноз: множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с перфорацией язвы в кардиальной части.

И. П. Кожевникова по секционным данным обнаружила каллезность краев в 66,5% язв у военнослужащих. Имеются указания ряда отечественных хирургов об учащении в период Великой Отечественной войны гигантских каллезных язв, глубоко пенетрирующих в поджелудочную железу и печень. Е. Л. Березов подчеркивает резкое увеличение во время войны числа пенетрирующих язв с большими инфильтратами и сращениями. И. М. Рыбаков указывает в качестве особенностей язв военного времени на значительную выраженность перигастродуоденитов, значительные размеры язвенных дефектов и глубокое проникновение их в соседние органы.

В изученных нами случаях смерти от язвенной болезни каллезный и пенетрирующий характер язв отмечен в 40,0%. Нужно отметить наблюдавшуюся в редких случаях пенетрацию в ободочную кишку (2 случая), желчный пузырь (1 случай), одновременно в поджелудочную железу и диафрагму (1 случай).

Большой К. (1943 г.). Две язвы двенадцатиперстной кишки, из которых одна пенетрирует в поджелудочную железу, а другая — в желчный пузырь без перфорации его стенки (рис. 45).

Клинический диагноз: язва желудка. Желудочное кровотечение. Холецистит. Анатомический диагноз: множественные язвы двенадцатиперстной кишки. Пенетрация язвы в желчный пузырь. Кровоточащий сосуд на дне язвы.

В отношении обильных кровотечений ряд авторов еще до войны (Ю. Ю. Джацелидзе, А. А. Немцов) указывал на их преимущественную частоту при старых каллезных и пенетрирующих язвах.

Комбинация же прободения язвы с кровотечением до войны считалась большой редкостью.

По данным карт секций, перфорация сочеталась с кровотечением в 6,6%, по отношению к общему числу прободений с пилоростенозом — в 1,2%. Сочетание всех трех осложнений наблюдалось лишь у 0,6% общего числа умерших, в том числе прободения, кровотечения и пенетрации — у 0,4%, прободения, кровотечения и пилоростеноз — у 0,1%, кровотечения с пенетрацией и пилоростенозом — у 0,1% умерших.

Из комбинаций различных осложнений нужно упомянуть сочетание ракового перерождения язвы с перфорацией у 0,6% больных и с кровотечением у 0,3%, или в 45,0% из общего числа злокачественно перерожденных язв.

Сужение привратника и другие рубцовые изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке на почве язвенной болезни отмечены лишь в 3,2%, в том числе в 0,7% при прободных язвах, в 0,6% при острых кровотечениях и в 1,9% в случаях смерти от остальных причин. Встречалось осложнение в виде поддиафрагмального абсцесса, в том числе в 0,4% одновременно отмечался гнойник в печени. Из этого числа в $\frac{1}{10}$ случаев осложнение наступило у оперированных. Другие остроконечные гнойники в брюшной полости наблюдались в 1,2%. Упадок питания обнаружен у 37,4% общего числа умерших, в том числе при прободениях — у 29,6%, при острых кровотечениях — у 31,3% и среди остальных умерших от язвенной болезни — у 61,1%.

Непосредственной причиной смерти больше чем в половине случаев (в 51,6%) являлся перитонит. При кровотечениях перитонит был отмечен

у 4,5%, причем у 2,8% после операции, а у остальных, вероятно, в связи с пенетрирующим характером кровоточащих язв.

В остальных случаях язвенной болезни перитонит наблюдался довольно часто. На втором месте по частоте среди осложнений и сопутствующих заболеваний стоят пневмонии, отмеченные в 13,8%, в том числе при прободениях в 16,1%, при кровотечениях в 3,7%. В других случаях язвенной болезни это осложнение отмечено в 22,1%.

Двусторонние пневмонии отмечены в 46,1%, крупозная пневмония — в 2,3%, абсцедирующие формы — в 9,4%, гангрена — в 3,1%. Изменения со стороны плевры на вскрытиях были обнаружены в 4,4%, в том числе у $\frac{1}{3}$ умерших они носили характер старых сращений; гнойный плеврит отмечен в 1,1% случаев.

В 1,4% смерть явилась следствием шока, в том числе в 0,2% он имел место при неоперированных прободных язвах, в 0,2% после переливания крови, а в остальных случаях это осложнение было связано с оперативным вмешательством.

У 10,5% оперированных больных имели место различные послеоперационные осложнения, в том числе расхождение швов — в 0,2%, каловые свищи — в 1,2%, кровотечения — в 2,4%. Эти осложнения чаще отмечались у больных с профузным кровотечением — в 33,3% против 6,3% в случаях прободения и 27,0% — в остальных случаях язвенной болезни.

На учащение случаев расхождения операционных швов при прободных язвах в военное время указывает также М. Г. Зайцев. Эти послеоперационные осложнения большей частью наблюдались у истощенных больных.

У 4,09% в качестве сопутствующей болезни был обнаружен туберкулез легких, причем почти в половине случаев отмечались распространенные деструктивные процессы.

Поражения сердечно-сосудистой системы отмечены в 10,1%, в том числе пороки клапанов и эндокардит — в 3,0%, атеросклероз различных степеней и локализаций — в 3,8%.

У 2,9% были обнаружены изменения печени и желчных путей; хронический калькулезный холецистит оказался у 0,1%; у остальных речь шла об острых и хронических воспалительных или дегенеративных процессах в печени.

Со стороны центральной нервной системы патологические изменения обнаружены в 1,5%, главным образом в виде кровоизлияний в мозг (0,5%) и отека мозга (0,4%); в 0,1% имел место серозный лептоменингит.

Обращает на себя внимание почти полное отсутствие патологоанатомических указаний на наличие аппендицита в подвергнутых анализу случаях с летальным исходом (0,1%). В связи с этим уместно напомнить, что И. И. Греков связывал прободение язв с наличием острых аппендицитов и обострений хронических язв.

Указание на контузию в анамнезе имеется у 0,5% из числа больных с прободными язвами и у 0,4% из числа умерших от профузного кровотечения. В одном из этих случаев прободение наступило через 6 дней после тяжелой контузии с потерей сознания у больного без язвенного анамнеза. Один случай относится к больному с давнейшим язвенным анамнезом, контуженному во время обострения язвенной болезни и умершему через 40 дней после контузии. На секции в этом случае были обнаружены прикрытая перфорация язвы желудка и осумковавший поддиафра-



Рис. 44. Прободная каллезная язва кардимальной части желудка.



Рис. 45. Две язвы двенадцатиперстной кишки.

гмальный абсцесс, сообщавшийся через перфоративное отверстие в диафрагме с абсцессом правого легкого и опорожнившийся через последний в бронх. Один больной с перфоративной пилородуоденальной язвой (без указания на заболевание желудка в прошлом) умер через 24 дня после контузии при явлениях постконтузионного головокружения и осумкованного гнойного перитонита после операции ушивания прободной каллезной язвы, пенетрировавшей в поджелудочную железу и в левую долю печени. В одном случае смерть произошла от острого кровотечения у больного с 13-летней давностью желудочного заболевания, у которого после контузии воздушной волной появился обморок с последующей кровавой рвотой; через 10 дней наступила смерть. На секции обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки.

Хронологическая связь с ранением была отмечена лишь в 2,4%, в том числе в 1,2% при остром кровотечении, а в 1,3% при прободении язвы. Ранения в большинстве случаев были средней тяжести, преимущественно конечностей с переломом костей. Указание на язвенный анамнез имелось в 4,3%; кроме того, у 43,5% умерших, относительно которых отсутствовали какие-либо анамнестические данные о желудочных заболеваниях, на секции были обнаружены хронические язвы, пенетрирующие и каллезные; у остальных 52,2% отсутствовали указания на давность язвенного процесса как в анамнезе, так и в патологоанатомическом диагнозе.

Следует отметить, что больше чем в половине случаев комбинации язвенной болезни с ранением (в 52,1%) язвенная болезнь и ее осложнения остались нераспознанными при жизни. Неправильная диагностика в этих случаях объясняется, очевидно, атипичностью клинической картины.

Сопоставляя приведенные выше данные и литературные указания, можно сделать вывод о вероятной этиологической роли ранений и контузий в качестве фактора, способствующего в некоторых случаях обострению хронических язв, а также осложнению их прободением или кровотечением.

Переходя к краткой характеристике клинической картины язвенной болезни и ее осложнений в случаях, закончившихся смертью, следует прежде всего остановиться на вопросе о том, насколько часто при них имела место внезапность заболевания или осложнения.

В изученных случаях указание на внезапность появления картины острого живота имеется только в 45,0% случаев, относительно которых собраны соответствующие данные. В остальных случаях отмечалось предшествующее обострение симптомов язвенной болезни различной длительности — от нескольких дней до года; из них в 30,6% длительность продромального обострения не превышала недели, в 41,4% она колебалась от недели до месяца, в остальных 28,0% значительно превышала месячный срок.

У 40,7% больных с острым кровотечением наблюдалось внезапное начало этого осложнения, у остальных же кровотечению предшествовало обострение язвенной болезни длительностью от нескольких дней до года.

Из числа больных с прободением язвы, относительно которых имеются более или менее подробные данные о клинической картине, у 63,0% отмечались типичные для этого осложнения боли характера «удара кинжалом» и т. п.

Во многих случаях больные не подчеркивали интенсивности болей. В 12,6% боли или отсутствовали, или были слабо выражены, напоминающая картину неосложненной язвенной болезни.

У одного больного клиническая картина сводилась только к симптоматологии сопутствовавшей двусторонней крупозной пневмонии при полном отсутствии всяких брюшных симптомов. У другого после операции по поводу грыжи белой линии имело место кровоизлияние в мозг, а одновременно происшедшее прободение язвы не нашло отражения в клинической картине. У одного больного, у которого перфорация пенетрирующей язвы произошла через диафрагму, также отсутствовали всякие признаки брюшной патологии.

При сочетании перфорации с ранением последнее часто определяло картину болезни.

Иногда, особенно у истощенных, отмечался понос, нередко с кровью, без всяких болей. У некоторых больных единственными симптомами являлись диспептические явления в виде тошноты и рвоты. Наконец, в 2 случаях имелась картина общей инфекции без болевого симптома. Иногда боли носили непостоянный характер. У одного больного боли появлялись после еды и постепенно усиливались. В одном случае боли стихли на сутки, в другом — отсутствовали в течение 10 дней. У одного больного на фоне наступившего улучшения внезапно развилась картина перитонита. Наблюдалась нетипичная локализация болевого ощущения: у одного больного боли иррадиировали в яичко, у другого острые боли отмечались в появиве, двое ощущали боли в грудной клетке, двое — в илеоцекальной области.

Обращает внимание частое наличие рвоты среди начальных симптомов прободения, на что имеется указание в 36,0% случаев. В литературе, наоборот, наиболее распространен взгляд, что для начального периода перфорации рвота не является характерным симптомом, хотя некоторые авторы определяют степень ее частоты от 17,0 до 70,0%. Что касается объективных симптомов, то в 2,8% напряжение мышц передней брюшной стенки было слабо выражено, а в 0,9% этот симптом совершенно отсутствовал.

Из числа больных, у которых была исследована кровь, у большинства оказалось пониженное содержание гемоглобина (в 68,0% случаев ниже 70%, в 21,3% случаев ниже 50%). В 23,6% отмечалась нормальная и даже замедленная РОЭ при выраженной картине перитонита. Количество лейкоцитов в крови в 38,0% оставалось нормальным или было ниже нормы, несмотря на перитонит, а в 24,0% наблюдалось только незначительное повышение их числа (до 10 000). В 66,6% обращает на себя внимание низкое (до 3%) количество моноцитов в крови. Из числа больных, у которых за некоторое время до прободения было произведено исследование желудочного содержимого, у 21,0% было обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты, в том числе у одного больного с язвой двенадцатиперстной кишки. У некоторых больных пульс оставался нормальным по частоте или был только немного учащенным, несмотря на тяжелую картину перитонита. В некоторых случаях с явлениями перитонита температура была нормальной или субнормальной, чаще же колебалась в пределах 37—38°.

Таким образом, при язвенной болезни с летальными исходами во время Великой Отечественной войны чаще, чем в довоенные годы, имели место отклонения от типичной клинической картины, выражав-

шиеся главным образом в большей или меньшей стертости основных симптомов заболевания.

Из особенностей субъективной симптоматологии при кровотечениях обращает на себя внимание выраженность болевого симптома у многих больных (у 39,1%), что не соответствует общепринятым представлениям относительно обычного ослабления желудочных болей при острых кровотечениях. Боли иногда придавали клинической картине характер острого живота. Д. М. Фрумина также отмечала при язвенных кровотечениях в военное время упорство болевого симптома. Только в редких случаях имелось указание на тошноту, считающуюся, как известно, одним из характерных начальных симптомов при профузных кровотечениях. Кровотечение чаще проявлялось в виде кровавой рвоты (в 43,7%); кровавый стул отмечен в 23,5%, комбинация обоих этих симптомов — в 32,8%. Особой разницы в распределении и сочетании этих симптомов, в зависимости от локализации язв, установить не удалось. Относительно часто определялись пальпаторная болезненность и мышечное напряжение в эпигастриальной области, что не согласуется с утверждением И. М. Флекеля об отсутствии при язвенном кровотечении «явлений сколько-нибудь выраженного раздражения брюшины, в частности, симптома боли».

Наблюдались случаи кровотечений, когда желудочные симптомы отсутствовали, а имелись только явления общей слабости, иногда с потерей сознания. Отсутствие всяких признаков желудочной патологии было отмечено у некоторых больных, у которых кровотечение из язвы, обнаруженное только на секции, присоединилось к ранению. В 2,03% случаев имела место скоропостижная смерть, причинная связь которой с профузным кровотечением была установлена только на вскрытии. Один больной умер в госпитале через час после поступления при явлениях обильного кровотечения. Все эти факты говорят об особой тяжести, которой отличались профузные кровотечения в изученных случаях. Относительно результатов исследования крови нужно указать, что постгеморрагический лейкоцитоз, который И. М. Флекель считает обычным явлением при кровотечениях из гастродуоденальных язв, не был отмечен в 63,6% случаев.

Из числа больных, у которых незадолго до кровотечения производилось исследование желудочного содержимого, у 22,2% свободная соляная кислота отсутствовала.

В некоторых случаях при раковом перерождении язв признаки желудочной патологии отсутствовали, маскируясь симптомами сопутствовавших заболеваний. Так, у одного больного клинически имелась картина дизентерии, а на вскрытии оказалась злокачественно перерожденная язва желудка. В другом случае, помимо клинически установленного поддиафрагмального абсцесса, патологоанатомически была обнаружена также язва. На относительно частое осложнение злокачественно перерожденных язв перфорацией и профузным кровотечением было указано выше. В отношении результатов исследования крови нужно отметить, что РОЭ оставалась почти нормальной (13—18 мм в час), а гемоглобин был лишь незначительно понижен.

Из особенностей клинической картины остальных случаев язвенной болезни с летальным исходом заслуживает внимания наблюдавшаяся в некоторых из них нетипичность симптоматики, особенно у истощенных больных. Например, в одном случае имелось указание только на отеки ног, одышку и частые позывы на мочеиспускание без

всякого упоминания о патологии со стороны органов пищеварения; па секция же была обнаружена пенетрирующая язва желудка. В отношении свойств крови следует указать на низкое содержание гемоглобина (ниже 45%) в 40,6% случаев.

Переходя к характеристике лечебно-эвакуационного обеспечения больных, следует прежде всего остановиться на хирургическом методе лечения. Этот метод был применен больше чем у половины тех больных, относительно характера лечения которых в изученных документах сохранились указания.

Редко всего хирургическое лечение находило применение при острых кровотечениях, что следует объяснить крайне тяжелым шоковым состоянием, в котором больные иногда доставлялись в лечебные заведения при этом осложнении. Операция при этом осложнении большей частью производилась в ранние сроки, на первых этапах. Таким образом, отмечалась некоторая тенденция к раннему оперативному вмешательству, против которого, как известно, приводятся всекие возражения со стороны ряда авторов (Е. Л. Березов, Н. А. Кипшидзе, Е. М. Касаткин и др.). Смерть у 42,9% оперированных по поводу кровотечения наступила в течение первых трех суток. Относительно редко ранняя смерть отмечалась после резекции — в 27,3% против 60,0% при других оперативных методах.

Большой процент неоперированных среди умерших от прободения язвы объясняется главным образом часто наблюдавшейся атипичностью клинической картины этого осложнения в военное время, что, несомненно, было причиной отказа от хирургического вмешательства в 55,5% всех неоперированных случаев. Второй причиной отказа от оперативного метода было крайне тяжелое состояние больных в момент поступления в лечебное учреждение, что имело место в 31,41% случаев; у 25,0% больных из этого числа отмечалось сочетание перфорации с профузным кровотечением.

Сравнивая отдельные этапы эвакуации по количеству неоперированных больных, нужно сказать, что это число было наибольшим в ППГ.

В 53,7% операция при прободных язвах произведена на первом этапе, в 29,6% — на втором этапе, в 10,2% — на третьем, в 5,9% — на четвертом и в 1,2% — на пятом. Таким образом, в 82,7% больные оперированы на первых двух этапах.

Установить какую-либо закономерную зависимость летального исхода от характера операции не удалось. В большинстве случаев летальный исход имел место при операциях, произведенных больше чем через сутки после прободения. В ряде случаев в связи с указанной мало или атипично выраженной клинической картиной прободения последнее и в госпиталях распознавалось не сразу, следствием чего являлась поздняя операция.

Из отдельных способов хирургического лечения почти у $\frac{3}{4}$ больных, оперированных по поводу прободных язв, было применено ушивание язвы, которое практически продолжает оставаться операцией выбора при этом осложнении язвенной болезни. Метод резекции чаще применялся в случаях так называемых холодных язв: 4,7% резекций при прободных язвах против 52,4% при кровотечениях и 72,9% у остальных больных язвенной болезнью, оперированных не по экстренным показаниям.

Сопоставление прижизненных и секционных диагнозов было произведено только в 93,0% случаев (табл. 80).

Таблица 80

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза
у умерших от язвенной болезни (в процентах к итогу)

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза	Причина смерти			Всего
	прободен- ные язвы	острое кровоте- чение	прочие осложне- ния	
Совпадение	79,1	84,6	81,8	81,5
Полное расхождение	12,9	8,8	15,5	12,2
Неполное расхождение	8,0	6,6	2,7	6,3
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

Если учесть, что в довоенных условиях в одном из институтов скорой помощи при прободных язвах отмечалось расхождение диагноза в 12,0%, то такой же процент расхождений (12,2) для тяжелых осложнений язвенной болезни в условиях войны и на этапах эвакуации, преимущественно расположенных в районе действующей армии, следует считать невысоким.

Из сопутствующих заболеваний большей частью оставались нераспознанными болезни легких, особенно туберкулез и пневмония.

К случаям расхождения диагноза следует отнести ошибочное диагностирование раковых заболеваний, особенно желудка, вместо язвенной болезни.

Основной причиной неправильной диагностики рака, как и алиментарной дистрофии, в случаях язвенной болезни явился упадок питания у многих язвенных больных.

По данным карт секций, на ПМП более или менее правильный диагноз, ориентирующий на своевременное хирургическое или терапевтическое вмешательство, отмечен в 57,0% случаев, в эвакуогоспиталях — в 87,0%.

Литературные данные, основанные на наблюдениях в госпиталях тыла, дают несколько лучшую картину в отношении первичной диагностики прободения в частях.

По этапам эвакуации можно отметить значительное разнообразие предварительных диагнозов, что является лишним доказательством атипичности, которой нередко отличалась клиническая картина язвенной болезни и ее осложнений в годы войны.

Из анализа летальных исходов можно сделать следующие выводы.

1. Большая часть летальных исходов язвенной болезни в годы войны имела причиной прободение и кровотечение, причем в большей мере это относится к прободениям.

2. Умершие от язвенной болезни во время войны в большинстве случаев имели довоенный язвенный анамнез.

3. В годы войны наблюдалось значительное преобладание желудочной локализации язв над дуоденальной. В желудке же преобладала локализация язв на малой кривизне по сравнению с пилорической областью.

4. Наибольшее число осложнений язвенной болезни, закончившихся смертью, отмечено в осенне-зимний период.

5. Контузии и особенно ранения могут иногда способствовать возникновению обострений и осложнений болезни.

6. Летальные исходы при острых осложнениях язвенной болезни чаще имели место в районе действующей армии, чем в тылу.

7. Из патологоанатомических особенностей язвенной болезни в годы Великой Отечественной войны следует отметить большие размеры язв и их прободных отверстий, увеличение числа случаев множественных язв и их атипичных локализаций, более выраженный каллезный характер, большую склонность к пенетрации, более частое сочетание прободения язв с кровотечением из них, более частое осложнение поддиафрагмальными абсцессами и другими ограниченными гнояниками брюшной полости.

8. Наиболее частой непосредственной причиной летального исхода являлся перитонит, заканчивавшийся в большинстве случаев быстрым наступлением смерти.

9. Клиническая картина летально закончившихся осложнений язвенной болезни характерна резко выраженной тяжестью. Во время Великой Отечественной войны чаще встречалась атипичная клиническая картина язвенной болезни и ее осложнений, проявившаяся, в частности, в некоторой стертости основных характерных симптомов. Особенно часто эта атипичность клинической картины наблюдалась у больных в первый год войны.

10. Летальный исход при оперированных прободных язвах в большинстве случаев был связан с тяжелым состоянием больных и относительно поздней госпитализацией.

11. Несмотря на часто наблюдавшуюся атипичность клинической картины язвенной болезни и ее осложнений, клинико-анатомические расхождения диагностики отмечались в небольшом проценте случаев.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ИСХОДОВ И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Решение вопроса о годности к службе язвенных больных, перенесших операции на желудке, очень сложно. Основываясь на большом проценте хороших отдаленных результатов после операций в условиях мирного времени, ряд хирургов возлагал большие надежды на широкое использование в действующих частях на строевых должностях лиц с оперированными желудками, особенно после резекции. Высказывались также мнения о допустимости при неосложненных язвах признания язвенных больных годными к службе как в тылу, так и на фронте. Некоторые считали, что частота появления рецидивов и обострений процесса у оперированных язвенных больных сильно преувеличена.

Имели место и противоположные мнения, что лица после паллиативных операций вообще негодны к военной службе, после же резекции могут признаваться годными в крайне ограниченном числе случаев. Этот взгляд получал довольно широкое распространение среди врачей.

Противоречивость приведенных взглядов объясняется следующим. Наблюдения за отдаленными результатами операций при язвенной болезни были проведены в условиях мирного времени и не могли быть безоговорочно перенесены на условия действующей армии. Нельзя было ставить знак равенства между понятием трудоспособности и боеспособности, между домашним режимом и фронтовой обстановкой. Необходимо учесть и то обстоятельство, что опубликованные в литературе отдаленные результаты операций касались главным образом оперативных вмешательств, проведенных только высококвалифицированными хирургами.

Эта противоречивость мнений только подтвердила настоятельную потребность в более глубоком изучении вопроса о годности к службе в армии лиц, перенесших в прошлом оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни.

Общая характеристика

Нами отобран и подвергнут анализу ряд историй болезни с четкой и полной документацией оперативного вмешательства. Использованы только случаи ушиваний прободных язв, гастроэнтеростомий и резекций желудка. Для уточнения течения заболевания ряду больных по окончании войны были разосланы письма-анкеты, содержащие 12 вопросов.

Количество использованных ответов больных составляет 21,0% к общему числу случаев. Характер оперативного вмешательства устанавливался путем сравнения анамнеза и предъявлявшихся справок с данными рентгеноскопии. Из общего числа военнослужащих 2,5% перенесли повторные операции, оперировано до начала службы в армии 72,6% всех военнослужащих и 27,4% в армии в годы войны (табл. 81).

Таблица 81

Характер оперативного вмешательства, предпринятого по поводу язвенной болезни, у больных до их призыва в армию и в годы Великой Отечественной войны (в процентах)

Операция	Ушивание	Гастроэн-теросто-мия	Резекция	Всего
	в процентах			
До призыва в армию	26,5	47,8	25,7	100,0
В армии в годы Великой Оте-чественной войны	35,6	37,9	26,5	100,0

Возраст больных. К возрасту 31—40 лет относится почти половина всех обследованных. В группе лиц, перенесших резекцию, имеется отчетливый сдвиг в сторону старших возрастов: среди лиц, перенесших ушивание и гастроэнтеростомию, средний возраст — 36 лет, а среди перенесших резекцию — 41 год.

Возраст больных в период оперативного вмешательства. Хотя максимум больных во всех группах операций приходится на возраст 31—35 лет, все же в группе резекций заметен определенный сдвиг в сторону старшего возраста.

Если сопоставить возрастной состав оперированных до призыва в армию и оперированных в армии, то у последних также обнаруживается некоторый сдвиг в сторону старших возрастов, особенно в группе резекций.

Возраст обследованных в период начала язвенного заболевания. У 54,0% обследованных заболевание началось в возрасте 21—30 лет. Начало заболевания в среднем у всех обследованных приходилось на 28 лет. При сравнении оперированных и неоперированных язвенных больных отчетливо видно, что хирургическому лечению подверглись больные с началом заболевания в более молодом возрасте.

Средняя давность заболевания до начала службы в армии — 8 лет, в группе ушиваний — 7 лет, в группе гастроэнтеростомий — 8 лет, в группе резекций — 8 лет 8 месяцев. Еще выше средняя давность заболевания в период последней госпитализации: для всей группы обследованных она составляет 9 лет 7 месяцев, для группы ушиваний — 8 лет 5 месяцев, для гастроэнтеростомий — 9 лет 4 месяца и для резекций — 11 лет 7 месяцев (табл. 82).

94,0% обследованных заболели до начала службы и только 6,0% впервые почувствовали себя больными в армии. Из заболевших в армии большинство заболело в течение первого-второго года службы.

Заслуживает внимания, что 6,6% обследованных заболели в последний год перед началом службы.

Таблица 82

Продолжительность желудочного заболевания до службы в армии в годы Великой Отечественной войны (в процентах)

Начало заболевания до призыва в армию	Ушивание	Гастро-энтеро-стомия	Резекция
За 16 лет и больше	5,8	7,9	11,8
» 15—11 лет	12,6	20,9	22,4
» 10—6 »	29,9	28,8	27,6
» 5—1 год	40,2	38,8	34,2
Всего заболело до службы в армии	88,5	96,4	96,0
Заболело в армии	11,5	3,6	4,0
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

Табл. 83 характеризует сроки, прошедшие между операцией и началом службы в армии в годы Великой Отечественной войны.

Таблица 83

Давность операции по поводу язвенной болезни относительно начала службы больного в армии и характер оперативного вмешательства (в процентах)

Давность операции до начала службы в армии	Ушивание	Гастро-энтеро-стомия	Резекция
Свыше 10 лет	3,4	7,3	—
До 10 лет	5,1	6,4	5,2
» 8 »	10,2	11,8	12,1
» 6 »	13,6	14,5	10,3
» 4 »	22,0	17,3	22,4
» 2 »	30,5	30,9	39,7
» 1 года	15,2	11,8	10,3
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

Средняя давность оперативного вмешательства по отношению к началу службы в армии для всей группы — 4 года, для группы ушиваний — 3 года 9 месяцев, для группы гастроэнтеростомий — 4 года 4 месяца и для группы резекций — 3 года 3 месяца; 12,3% из числа оперированных до службы в армии оказались в ее рядах, когда после операции не прошло еще и года. Остальные оперативные вмешательства относятся к периоду службы в армии.

Распределение их по годам службы показано в табл. 84. Давность заболевания до момента оперативного вмешательства колебалась от непосредственного возникновения заболевания перед операцией и до 25 лет. Средняя давность заболевания до операции для всей

Таблица 84

Распределение операций по поводу язвенной болезни по годам службы оперированных в армии и характер операций (в процентах)

Оперированы	Ушивание	Гастро- энтеро- стомия	Резекция
На первом году службы	57,1	45,2	52,4
» втором »	17,9	38,7	14,3
» третьем »	21,4	9,7	28,6
» четвертом году »	3,6	6,4	4,7
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

группы — 4 года 10 месяцев, для группы ушиваний — 4 года, для группы гастроэнтеростомий — 4 года 6 месяцев и для группы резекций — 6 лет 6 месяцев.

Больше чем у половины обследованных отмечен сравнительно короткий (до года) период хорошего самочувствия после перенесенной операции, а у части их вовсе не было светлого послеоперационного периода. Эта закономерность сохраняется после всех операций. Таким образом, первый год после операции дал у обследованных максимальное число рецидивов и осложнений. Улучшение свыше 6 лет имелось у 9,0% обследованных.

Около 25,0% призывались в армию повторно. Причины перерывов в службе — увольнение после операции или обострение болезни у ранее оперированных. Однако не все военнослужащие, оперированные в армии, временно или вовсе увольнялись из армии; около $\frac{1}{3}$ из них, в том числе кадровые военнослужащие, оставалось в рядах армии.

Участвовали в боях после операции 18,0% военнослужащих, имели ранения и контузии — 15,5%. Процент участвовавших в боях и прибывших в госпиталь из действующих частей выше среди перенесших ушивание. Это обстоятельство также говорит о большей выносливости во фронтовой обстановке после ушивания.

Календарные сроки службы оперированных отражены для уволенных из армии в табл. 85.

37,0% из числа уволенных прослужили в армии свыше года; только после ушиваний свыше года прослужила почти половина всех уволенных; $\frac{1}{3}$ обследованных после последней госпитализации осталась в армии; половина из них уже имела срок службы свыше года.

Фактическая продолжительность службы среди оперированных безусловно ниже приведенных цифр. Только продолжительность учтенных госпитализаций по поводу обострений и осложнений основного заболевания у оперированных составляет 13,6% к продолжительности срока службы, достигая у перенесших ушивание 12,4%, гастроэнтеростомию — 15,2% и резекцию — 13,6%. Средняя продолжительность

службы, за исключением сроков госпитализации по поводу основного заболевания, составила в группе ушиваний 1 год 3 месяца, в группе гастроэнтеростомий — 11½ месяцев и в группе резекций — около

Таблица 85

Календарные сроки службы уволенных из армии оперированных больных язвенной болезнью и характер операции (в процентах)

Срок службы в армии	Ушивание	Гастроэнтеростомия	Резекция
6 месяцев	30,6	47,8	55,7
1 год	20,4	15,6	16,4
1½ года	12,2	12,2	4,9
2 »	6,1	10,0	9,8
2½ »	8,2	7,8	3,3
3 »	8,2	1,1	3,3
3½ »	10,2	1,1	3,3
Свыше 3½ лет	4,1	4,4	3,3
Итого	100,0	100,0	100,0

12 месяцев. За время пребывания в армии ¼ общего числа оперированных повторно госпитализировалась по поводу обострений основного заболевания.

Особенности клинической картины заболевания у военнослужащих, перенесших в прошлом операцию по поводу язвенной болезни

Наиболее частым показанием для гастроэнтеростомии являлся стеноз пилородуоденальной области, перфорации же занимали второе место. Примерное отношение количества операций по поводу стеноза к операциям по поводу перфорации составляет 3 : 2. Среди документированных гастроэнтеростомий, произведенных в армии, стеноз в показаниях резко преобладал над перфорацией.

Показания для резекции желудка равномерно распределялись между перфорацией язвы, стенозом и хроническими язвами, порой вызывавшими подозрение на переход в рак. Несколько реже показанием для резекции являлось кровотечение из язвы. Из документированных резекций, произведенных в армии, в ⅓ случаев имелись явления стеноза; перфораций было в 3 раза меньше, каверзные и пенетрирующие язвы имелись почти в половине всех случаев, и в одном случае были множественные язвы желудка, разбросанные от привратника до кардии. У этого военнослужащего была произведена тотальная резекция желудка с вполне удовлетворительным отдаленным результатом.

Разбору были подвергнуты истории болезни военнослужащих, поступивших на этап эвакуации из частей после перенесенных операций. Средняя давность оперативного вмешательства по последним данным о больных составляет для всех обследованных 4 года 11 месяцев, после

ушивания — 4 года 7 месяцев, после гастроэнтеростомии — 5 лет 4 месяца и после резекции — 4 года 3 месяца. 84,0% обследованных перенесли операцию более года назад.

Ж а л о б ы. Только у одного больного не было жалоб, связанных с заболеванием желудка. Основным симптомом заболевания являлась боль. Боль отсутствовала при наличии других желудочных жалоб только у 1,4% обследованных. Характерной особенностью являлось упорство болей.

В 10,4% случаев боль носила постоянный характер и лишь усиливалась после еды; во всех остальных случаях боли возникали только после еды. Частота голодных и ночных болей была выше среди больных с язвенными процессами. Появление болей сразу после еды и в течение первого часа отмечалось чаще у перенесших ушивание и резекцию. Лица, перенесшие гастроэнтеростомию, чаще жаловались на боли в течение второго и третьего часа после еды.

Сопоставление скорости опорожнения желудка при рентгенологическом исследовании со сроком наступления боли показывает, что в ряде случаев период усиления боли связан с периодом усиленной перистальтики желудка, реже с периодом его заполнения. Приступообразный характер болей отмечен в 6,3% случаев; он значительно чаще встречался у перенесших резекцию, вероятно, в зависимости от ускоренного поступления пищи в кишечник.

Иррадиация болей в сторону позвоночника отмечена в 18,9% случаев, значительно реже боли иррадиировали в правое и левое подреберье или в направлении таза. Иррадиация в правое подреберье имела место только при сохранении пути эвакуации через двенадцатиперстную кишку.

На чувство тяжести, полноты, распирания жаловались 5,2% больных, чаще после резекции. На рвоты жаловались 71,2% оперированных, причем чаще после резекции (82,0%); кровавая рвота или примесь крови к рвотным массам являлась предметом жалобы у 15,1% оперированных, а выраженное кровотечение — у 7,2%. Иногда рвота облегчала боли; в редких случаях отмечалась рвота натошак.

Следующим по частоте симптомом была отрыжка (67,8%). Чаще имела место кислая отрыжка или отрыжка пищей, реже воздухом. На тухлую отрыжку жаловались 15,1%, на горькую — 6,8% оперированных.

Изжога отмечена у 53,5% больных, причем почти одинаково часто после всех операций. Это лишний раз подчеркивает, что кислотность желудочного содержимого не играет при возникновении изжоги существенной роли, так как после резекции у подавляющего большинства кислотность была пониженной или совсем отсутствовала.

Жалобы на тошноту наблюдались у 42,8% больных, причем она чаще отмечалась после ушиваний (50,6%) и реже после гастроэнтеростомии и резекций (40,1% и 37,3%). Таким образом, имеется некоторое соответствие этих жалоб с сохранением моторной функции желудка.

Среди всех оперированных жалобы на поносы имелись в 8,2% случаев, а у лиц, ранее перенесших резекцию, — в 22,0%.

Жалобы на запоры отмечены в 24,7%, причем после ушиваний — в 37,1%, после гастроэнтеростомии — в 21,9% и после резекций — в 13,4%. Жалобы на дефекообразный стул были редкими (3,7%). Плохой аппетит отмечен в 8,9%; после резекций эта жалоба встречалась чаще

(16,4%). Жалобы на общую слабость составляли 16,4%, а после резекций — 28,4%.

Следовательно, в ряде случаев больные, перенесшие операции на желудке, в основном сохраняют типичные жалобы язвенных больных с некоторыми особенностями, в зависимости от характера перенесенной операции. По сравнению с неоперированными язвенными больными отмечается несколько большая склонность к рвотам и отрыжкам и меньшая частота запоров и изжоги.

Объективные данные

Упитанность больных, перенесших операцию, представлена в табл. 86.

В военных условиях лучшая упитанность установлена у лиц, перенесших ушивание, хуже упитанность после резекции и еще хуже

Таблица 86

Упитанность больных, перенесших операцию по поводу язвенной болезни и характер оперативного вмешательства (в процентах)

Упитанность	Ушивание	Гастроэнтеростомия	Резекция
Хорошая	9,2	4,5	4,5
Удовлетворительная	49,4	40,2	48,5
Недостаточная	41,4	55,3	47,0
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

после гастроэнтеростомии. Если выделить лиц с резко пониженным питанием, то их удельный вес после гастроэнтеростомии и резекции в два раза выше, чем после ушивания. Нередко пониженная упитанность сочеталась с анемией: содержание гемоглобина у 15,3% оперированных составляло 50—60%, а у 3,1% — ниже 50%. РОЭ была ускорена в $\frac{1}{4}$ случаев, количество лейкоцитов свыше 7 000 отмечено у $\frac{1}{3}$ всех больных.

Частота случаев недостаточной упитанности и явлений гипохромной анемии после гастроэнтеростомии и резекции объясняется прежде всего теми нарушениями, которые вносят эти операции в процесс пищеварения. Нарушение физиологической стимуляции секреции поджелудочной железы и печени, недостаточное усвоение железа в условиях ахлоргидрии и ускоренной эвакуации играют здесь, повидимому, решающую роль.

Локализованная болезненность при пальпации устанавливалась часто и в тех случаях, когда язвенный процесс отсутствовал. В редких случаях при наличии бесспорной язвы болезненность носила разлитой характер. Увеличенная, а нередко и болезненная печень была обнаружена в 11,0% случаев, отчетливое вздутие живота — в 14,0%. Рубцы после аппендэктомии отмечены у 7,6% больных, причем у перенесших ушивание почти в 2 раза чаще. В 8,0% случаев у больных имелись послеоперационные грибки.

Исследование желудочного содержимого подтвердило, что после ушиваний и гастроэнтеростомий цифры общей кислотности и свободной соляной кислоты после пробного завтрака выше при язвах двенадцати-

перстной кишки, чем при язвах с желудочной локализацией. Это касается как имеющихся, так и заживших язв. Зависимость кислотности от характера оперативного вмешательства отражена в табл. 87.

Приведенные цифры отчетливо демонстрируют влияние оперативного вмешательства на кислотность: после ушиваний примерно лишь у $\frac{1}{3}$ больных общая кислотность 60 и ниже и свободная соляная кислота 40 и ниже; после гастроэнтеростомии уже у $\frac{2}{3}$, а после резекции более чем у $\frac{4}{5}$ свободная соляная кислота отсутствовала. Необходимо подчеркнуть, что около половины обследованных перенесли резекцию, ограниченную по размерам, т. е. у них удалено менее $\frac{2}{3}$ желудка. Цифры кислотности после ушиваний соответствуют цифрам у неоперированных язвенных больных.

Т а б л и ц а 87

Зависимость кислотности желудочного содержимого от характера операции, предпринятой по поводу язвенной болезни
(в процентах относительно каждой из операций)

Общая кислотность после завтрака	Ушивание	Гастроэнтеростомия	Резекция	Свободная соляная кислота	Ушивание	Гастроэнтеростомия	Резекция
До 10	3,6	9,1	43,1	0	7,1	23,1	82,8
11—20	2,4	7,4	37,9	1—10	1,2	3,3	5,2
21—40	7,1	22,3	6,9	11—20	3,6	10,7	3,4
41—60	17,9	27,3	8,6	21—40	27,4	31,4	6,9
61—80	35,7	20,7	1,7	41—60	34,5	20,7	—
81—100	23,8	10,7	1,7	61—80	19,1	9,1	1,7
101—120	5,9	1,7	—	81—100	5,9	1,7	—
Свыше 120	3,6	0,8	—	Свыше 100	1,2	—	—
Итого...	100,0	100,0	100,0	Итого...	100,0	100,0	100,0

Большее количество слизи в желудочном содержимом обнаружено после резекции в $\frac{2}{3}$ случаев и несколько реже после ушиваний и гастроэнтеростомий.

Реакция на скрытую кровь в кале оказалась положительной в $\frac{1}{4}$ случаев, причем она чаще совпадала с наличием язвы.

Данные рентгеноскопии

Желудочная локализация ниши преобладала после всех операций. Интермедиарный слой жидкости после ушиваний отмечен в 12,4%, после гастроэнтеростомий — в 6,7% и после резекций — в 2,9%.

* * *

На основании изложенного можно сделать следующий общий вывод: оперированные язвенные больные, по наблюдениям в армейских условиях, в годы войны сохранили типичные черты язвенного больного. После всех операций в большей или меньшей степени сохранилась склонность к рецидивам заболевания с выраженным болевым синдромом. Вместе с тем каждый вид оперативного вмешательства налагал своеобразный отпечаток на клиническую картину заболевания и его обострений. Это своеобразие отражено в табл. 88.

Первые четыре группы по течению заболевания и исходам являются наиболее тяжелыми, пятая и шестая группы — менее тяжелыми и последняя группа — наиболее благоприятной.

Условия военного времени способствовали выявлению скрыто протекавших язв, появлению рецидивов, возникновению новых язв и осложнений у язвенных больных, казалось бы, излеченных путем операции. Можно предполагать, что основными этиологическими и патогенетическими факторами в заболевании лиц с оперированным желудком, помимо общих условий военной обстановки и физического напряжения, являлись психоэмоциональный и пищевой в разнообразном сочетании. Пищевой фактор приобретает особое значение у перенесших гастроэнтеростомию и резекцию.

Исходы и оценка отдаленных результатов операций

Клинические исходы в результате консервативного лечения больных с оперированными желудками оказались хуже исходов у неоперированных язвенных больных, особенно при сравнении с данными мирного времени.

Таблица 88

Взаимосвязь характера оперативного вмешательства, предпринятого по поводу язвенной болезни, и последующих заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (в процентах)

№ группы	Диагностическая группа	Ушивание	Гастроэнтеростомия	Резекция
1	Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	37,1	20,7	13,2
2	Пептические язвы соустья и тощей кишки	—	7,4	10,3
3	Подозрение на язвенные процессы	14,6	13,3	5,9
4	Стенозы с задержкой опорожнения свыше 6 часов	5,6	2,2	—
5	Болезни анастомоза без выраженной задержки опорожнения	—	22,2	11,8
6	Ускоренное опорожнение с выраженными клинико-рентгенологическими симптомами	—	—	20,6
7	Гастриты и перигастриты без болезни анастомоза	40,5	30,4	26,5
8	Прочие случаи	2,2	3,7	11,8
Итого . . .		100,0	100,0	100,0

В табл. 89 приведены клинические исходы при консервативном лечении оперированных язвенных больных в сопоставлении с исходами у неоперированных.

Меньшая эффективность консервативного лечения военнослужащих, ранее перенесших операцию на желудке, зависела: 1) от безуспешности лечения пептических язв после гастроэнтеростомии и резекции; 2) от тяжести явлений стеноза после ушивания и гастроэнтеростомии; 3) от упорного течения язвенных процессов в области желудка и двенадцати-

перстной кишки; 4) от трудности лечения некоторых форм заболеваний анастомоза и ускоренного опорожнения желудка; 5) от недостаточной эффективности лечения некоторых случаев послеоперационных гастритов и перигастритов.

Таблица 89

Клинические исходы при консервативном лечении больных, оперированных по поводу язвенной болезни, в сопоставлении с исходами у неоперированных (в процентах)

Клинический исход	Перенесшие операцию	Неоперированные
Выздоровление и значительное улучшение	21,2	29,3
Незначительное улучшение	36,0	35,7
Без перемен	39,0	27,8
Ухудшение	1,4	2,3
Исход не выяснен	2,4	3,9
Итого	100,0	100,0

Выводы

1. Выносливость больных, перенесших в прошлом гастроэнтеростомию и резекцию, оказалась в военных условиях ниже, нежели у неоперированных язвенных больных и больных, перенесших ушивание прободной язвы.

2. Язвенные процессы у оперированных больных труднее поддавались консервативному лечению, а в ряде случаев требовалось повторное оперативное вмешательство.

3. Видны успех повторного оперативного вмешательства у лиц, ранее перенесших операцию по поводу язвы, хуже, чем при первичных операциях у неоперированных язвенных больных; в то же время показания к хирургическому лечению у первых возникают не реже, чем у вторых.

4. Процент хороших отдаленных результатов оперативного вмешательства у язвенных больных по наблюдениям в армейских условиях в годы войны оказался ниже, чем в условиях мирного времени и гражданского быта.

5. Сравнение возрастного распределения в период начала заболевания у оперированных и неоперированных язвенных больных показывает, что хирургическому лечению подвергаются язвенные больные с началом заболевания в более молодом возрасте, что нередко связано с большей тяжестью и упорством его течения.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У РАНЕНЫХ И КОНТУЖЕННЫХ

Установление частоты язвенной болезни у раненых и выяснение вопроса, в какой мере это заболевание может быть поставлено в связь с боевой травмой, представляет значительный теоретический и практический интерес.

Особенно важно было изучить возникновение или обострение язвенной болезни у раненых в зависимости от локализации, характера и тяжести боевой травмы, в частности, у раненых с повреждением центральной, вегетативной и периферической нервной системы (раненные с повреждением головного и спинного мозга, контуженные, раненные в конечности с повреждением нервных стволов, и т. д.).

Данные военного травматизма могут быть использованы для проверки выводов теоретической и экспериментальной медицины о развитии язв в области желудка при некоторых травмах.

Помимо изложенного, при боевых травмах иногда имеют место такие психонервные воздействия, которые, по современным представлениям, являются одним из этиопатогенетических факторов, формирующих язвенную болезнь.

Для разрешения поставленных выше вопросов был разработан весьма значительный статистический материал, касающийся раненых с различными локализациями ранений и позволяющий сделать обоснованные выводы по поводу того, насколько часто у раненых встречалась язвенная болезнь.

В целях выяснения вопроса о том, насколько возникновение язвенной болезни может быть поставлено в связь с той или другой локализацией и характером ранения, было проведено сравнение частоты язвенной болезни у раненых с повреждением различных областей тела.

Для более детальной и углубленной характеристики особенностей возникновения и клинического течения язвенной болезни у раненых был изучен также ряд историй болезни раненых и контуженных, у которых во время госпитализации по поводу той или другой боевой травмы была установлена язвенная болезнь.

Локализация и характер боевой травмы у этих раненых с язвенной болезнью представлялись в следующем виде: ранения мягких тканей конечностей — 56,6%, ранения конечностей с повреждением костей — 14,7%, ранения головы — 13,7%, контузии — 15,0%, всего 100,0%.

Подавляющее большинство этих раненых поступило из войскового района и, следовательно, принимало активное участие в боевых действиях (табл. 90).

Таблица 90

**Район поступления раненых и контуженных,
страдавших язвенной болезнью
(в процентах)**

Район поступления	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
Войсковой	94,9	89,1
Армейский	2,9	7,7
Фронтной	2,2	1,9
Тыловые соединения . .	—	1,3
Итого	100,0	100,0

Как видно из табл. 90, свыше 90,0% раненых, страдавших язвенной болезнью, поступало из войскового района, в то время как больные язвенной болезнью (без ранений) только в 30,0% госпитализировались из войскового района. Эти различия вполне понятны.

У значительного большинства язвенных больных заболевание выявилось в течение первого или второго года службы.

Основная масса раненых и контуженных, страдавших язвенной болезнью, поступала из стрелковых частей, затем из артиллерийских, танковых войск и т. д.

Язва желудка у раненых и контуженных встречалась в 47,0%, язва двенадцатиперстной кишки — в 53,0%.

Отношение больных язвой желудка к больным язвой двенадцатиперстной кишки составляло 1 : 1,14. У больных язвенной болезнью (без ранений) во время Великой Отечественной войны эти соотношения равнялись 1,07 : 1.

При ранении мягких тканей конечности соотношение язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки было 1 : 1,2, при ранении конечности с повреждением кости — 1 : 1,4, при ранении головы — 1 : 1, при контузиях — 1 : 1.

На основании приведенного материала нельзя сделать какие-либо выводы о патогенетической связи между локализацией язвы и локализацией и характером ранения. Следует лишь отметить, что при ранениях головы и контузиях язва желудка встречалась так же часто, как и язва двенадцатиперстной кишки, а при других локализациях ранений этого не отмечено.

При рассмотрении возрастного состава раненых, страдавших язвенной болезнью, с учетом локализации язвы можно отметить, что удельный вес двух возрастных групп (26—36 лет и 36—45 лет) у раненых с язвой желудка был почти одинаковым. При язве двенадцатиперстной кишки наибольшее число заболеваний приходилось на возраст 26—35 лет. Возрастная группа до 25 лет была большей при дуоденальной язве (17,5%), чем при язве желудка (10,7%).

В табл. 91 дано сопоставление возрастных групп больных язвенной болезнью (раненых и не имевших ранения) по материалам Великой Отечественной войны.

Таблица 91

Сопоставление возрастного состава больных язвенной болезнью раненых и не имевших ранения (в процентах)

Возрастные группы	Язва желудка		Язва двенадцатиперстной кишки	
	у раненых	у не имевших ранения	у раненых	у не имевших ранения
До 25 лет	10,7	7,3	17,5	11,9
26—35 лет	42,9	32,3	43,7	41,6
36—45 »	41,4	45,2	31,9	36,6
46 лет и свыше	5,0	15,2	6,9	9,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 91, различие в удельном весе тех или других возрастных групп у больных язвенной болезнью, раненых и без ранения, касается главным образом язвы желудка, в частности, возрастной группы 26—35 лет. Наибольшее число раненых, страдавших язвой желудка, приходилось на возраст 26—35 лет, а больных (без ранений) — на возраст 36—45 лет. При язве двенадцатиперстной кишки у раненых и без ранений отчетливых различий в проценте отдельных возрастных групп почти не отмечалось. Максимальный процент приходился на возрастную группу 26—35 лет (43,7 и 41,6%). Это обстоятельство в известной мере подтверждает общность патогенетических факторов возникновения язвенной болезни с различной локализацией у раненых и больных.

Некоторые данные о возникновении и проявлениях язвенной болезни у раненых и контуженных

Важно учитывать продолжительность заболевания язвенной болезнью у раненых до войны и на войне до их госпитализации по поводу ранения или контузии. Полученные из историй болезни данные (анамнез) позволяют считать, что у половины раненых с язвенной болезнью заболевание возникло еще до войны; 10,0% раненых до войны не болели. В 40,0% историй болезни сведений о времени возникновения заболевания до ранения не было.

У 32,1% раненых с язвой желудка и 25,7% с язвой двенадцатиперстной кишки симптомы заболевания возникли на войне до их госпитализации по поводу ранения или контузии. Остро, с перфорацией или кровотечения, заболевание началось у 3,5% раненых с язвой желудка. Время появления первых желудочных жалоб у раненых с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки после ранения представлено в табл. 92 (в процентах).

Как показывает табл. 92, появление желудочных жалоб в ранние сроки после ранения или контузии (до 10 суток) наблюдалось у 39,2% раненых с язвой желудка и у 30,1% раненых с дуоденальной язвой. В более поздние сроки (10—30 суток) симптомы заболевания появились у 37,7% раненых с язвой желудка и у 41,7% раненых с язвой двенадцатиперстной кишки.

Таблица 92

Время появления после ранения или контузии у больных язвенной болезнью жалоб, указывающих на заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки (в процентах)

Время появления жалоб	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
До 3 суток	15,4	9,6
3—10 суток	23,8	20,5
10—20 »	20,8	21,8
До 30 суток	16,9	19,9
» 2 месяцев	18,5	19,9
» 6 месяцев	4,6	7,1
Свыше 6 месяцев	—	1,2
Итого	100,0	100,0

В целях выяснения вопроса, насколько отчетливыми и типичными были симптомы язвенной болезни у раненых и контуженных, был рассмотрен срок установления окончательного диагноза у них в зависимости от локализации язвы. Оказалось, что почти у $\frac{2}{5}$ раненых с язвой желудка (37,7%) и почти у половины (45,7%) раненых с язвой двенадцатиперстной кишки для установления окончательного диагноза потребовался сравнительно большой срок — свыше месяца.

Диагноз язвенной болезни у раненых представлял известные трудности. Это объясняется тем, что у раненых жалобы, связанные с желудочным заболеванием, в частности, на диспептические расстройства, если они были мало выражены, в ряде случаев относились к проявлениям раневого процесса, и только когда эти жалобы становились особенно отчетливыми или когда с улучшением состояния раны жалобы на боли оставались или нарастали, их связывали с язвенной болезнью. Исследование желудочного содержимого и рентгеноскопия у раненых в ряде случаев затруднялись тяжестью общего состояния. Таким образом, клиника язвенного процесса у раненых в известной степени маскировалась клиникой раневого процесса.

В целях установления частоты язвенной болезни у раненых был проанализирован значительный статистический материал, касающийся раненых с различной локализацией ранения.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы.

1. Убедительных данных, говорящих о связи язвенной болезни у раненых с боевой травмой, установить не удалось.

2. У 50,7% раненых с язвой желудка и у 45,6% раненых с язвой двенадцатиперстной кишки заболевание возникло до войны; только 12,1% раненых с язвой желудка и 9,3% раненых с язвой двенадцатиперстной кишки не болели до войны.

3. Примерно у 25,0% раненых симптомы язвенной болезни наблюдались во время войны до их госпитализации по поводу ранения или контузии.

4. У $\frac{1}{3}$ раненых симптомы заболевания появились в ранние сроки после ранения (в первые 10 суток). У другой трети раненых жалобы

возникли в период от 10 до 30 суток. У остальных раненых симптомы заболевания появились спустя месяц и более после ранения или контузии. Это позволяет предположить, что под влиянием боевых травм могут выявиться латентно протекавшие случаи язвенной болезни или рецидивировать и обостриться старая язвенная болезнь.

Для суждения о том, в какой мере возникновение язвенной болезни зависит от локализации и характера ранения, были изучены две группы раненых; раненные в голову и контуженные, а также раненные в конечности с повреждением костей и с ранением только мягких тканей. Кроме того, был проанализирован значительный статистический материал, касающийся раненых с повреждениями различных областей тела, и установлен у них процент язвенной болезни в зависимости от локализации, характера и тяжести ранения.

Возникновение кровоизлияний, эрозий и острых изъязвлений в области желудка и двенадцатиперстной кишки при повреждениях головного мозга, вегетативной нервной системы и некоторых крупных нервных стволов в эксперименте (Н. Н. Бурденко, Б. П. Могильницкий, А. Д. Сперанский, И. А. Пигалев и др.) не вызывает сомнений. Неясным остается лишь вопрос о возможности перехода эрозии или острых язв в хронические, что, повидимому, наблюдается сравнительно редко.

У лиц с коммоционно-контузионным синдромом в результате воздушной травмы могут наблюдаться вазомоторные расстройства в мозгу с повышением внутричерепного давления, отеком мозга и различного характера кровоизлияниями. Возможно вовлечение также высших вегетативных центров. Механизм изменений со стороны желудочно-кишечного тракта при этих травмах весьма близок к тому, что наблюдается при ранениях в череп.

Для выяснения особенностей возникновения или проявления язвенной болезни у раненных в голову и контуженных были изучены соответствующие истории болезни.

При изучении анамнеза этих раненых было установлено, что почти у $\frac{2}{3}$ раненных в голову, страдавших язвой желудка, и у половины раненных, болевших язвой двенадцатиперстной кишки, заболевание возникло до войны. Подобные явления наблюдались и у контуженных. У последних больше чем в половине случаев при язве желудка и почти в $\frac{2}{3}$ при язве двенадцатиперстной кишки заболевание возникло до войны. Следовательно, у этих лиц язвенная болезнь могла только обостриться или рецидивировать под влиянием ранения или контузии. Примерно у $\frac{1}{3}$ раненных и контуженных отсутствовали данные о времени возникновения заболевания до войны.

Почти такие же соотношения были установлены при анализе продолжительности заболеваний язвенной болезнью у всех раненных без учета локализации ранения.

Таким образом, у раненных в голову по сравнению с остальными группами раненых не выявлено каких-либо специфических особенностей, связанных с локализацией и характером ранений.

Трудно установить общую продолжительность заболевания (по анамнезу) на войне у раненных в голову и контуженных до их госпитализаций в связи с боевой травмой, так как сведения в историях болезни имелись только в отношении меньшей части этого рода раненых и контуженных.

У 23,8% раненных в голову с язвой желудка и у 30,0% с язвой двенадцатиперстной кишки заболевание наблюдалось на войне до их

госпитализации по поводу ранений или контузий. Процент язвенных больных, у которых заболевание наблюдалось до травмы, был несколько выше среди контуженных.

Эти данные мало отличаются от результатов, полученных при изучении этих же вопросов у всех раненых без учета характера и локализации травмы. В этом отношении раненные в голову и контуженные также не представляли каких-либо специфических особенностей по сравнению с остальными группами.

Приведенные выше данные показывают, что в отношении по меньшей мере 50,0—60,0% раненых и контуженных возникновение язвенной болезни не может быть в какой-либо степени поставлено в связь с травмой центральной нервной системы, так как заболевание у этой категории раненых существовало задолго до ранения или контузии. Можно только высказать предположение, что под влиянием травмы развились обострения или рецидивы язвенной болезни.

Таким образом, роль травмы центральной нервной системы в патогенезе язвенной болезни на основании приведенных данных не находит прямых подтверждений. Кровоизлияния, эрозии и острые язвы, развивавшиеся в желудочно-кишечном тракте после травмы центральной нервной системы, повидимому, протекают как местный патологический процесс, переходящий довольно редко в хроническую форму. В подобных случаях язвы могут обнаружиться лишь случайно при развитии тех или других осложнений (кровоотечений, перфораций) или на аутопсии. На фоне общего тяжелого страдания местные симптомы, связанные с язвой, могли оставаться незамеченными или относились к основному патологическому процессу (особенно рвота и тошнота) у раненных в голову.

Что касается патологоанатомических данных, то авторы, изучавшие изменения внутренних органов у раненных в череп с повреждением мозга, обнаружили кровоизлияния в слизистую оболочку дна желудка. Помимо того, кровоизлияния наблюдались в легких и во многих других органах.

На основании изучения сравнительно большого статистического материала, касающегося раненных с повреждениями различных областей тела и контуженных, было установлено, что удельный вес язвенной болезни в группе раненных в череп и контуженных был не выше, чем среди других категорий раненных с иной локализацией ранения. Следовательно, и эти данные не позволяют связывать язвенную болезнь у раненных в череп и контуженных со спецификой травмы.

В отдельных случаях между развитием язвенной болезни и ранением может быть установлена связь.

1. Большой М. Е., 1916 г. рождения. В армию с 12/XII 1941 г. Ранен 25/III 1945 г. осколком мины в левую теменную область с повреждением кости. После ранения потерял сознание, появилась рвота, потеря речи, наблюдался правосторонний гемипарез. На IIII явлена асептическая пневмония, введена противостолбнячная сыворотка, сердечные средства, рана засыпана белым стрептоцидом. Сульфидин внутрь. Из МСБ раненый был эвакуирован в специализированный авиалечебный госпиталь, где 31/III 1945 г. была произведена трепанация черепа. Костный дефект расширен до размеров 4 × 4 см. Твердая мозговая оболочка рассечена, обнаружена большая субдуральная гематома. 10/IV появились менингеальные симптомы. С 20/IV — пролабирование мозга, продержавшееся 3 недели. В дальнейшем эвакуирован в тыл, где проводилось консервативное лечение. После ранения появились тошнота и рвота, которые ставились в связь с ранением. В прошлом болей в подложечной области никогда не было. В дальнейшем перечисленные явления стали нарастать, приобретая особую интенсивность в мае. В это время у больного была весьма интенсивная боль в подложечной области. Истоща-

ная природа жалоб больного на тошноты, рвоту и боль в подложечной области была установлена лишь тогда, когда, наряду с улучшением основного процесса, симптомы язвенной болезни приобрели весьма отчетливый характер. Рентгенологически были установлены язва двенадцатиперстной кишки и гипертрофический гастрит.

2. Больной С. Б., 1918 г. рождения. Ранен 15/III 1945 г. осколком в правую лобную область. Первая помощь оказана санитарным инструктором. На ПМП асептическая повязка. В специализированном ХПП 18/III 1945 г. трепанация черепа: удалены костные осколки. Твердая мозговая оболочка цела, несколько синюшна; в рану введен стрептоцид и наложена повязка. Послеоперационное течение гладкое. Жалоб со стороны внутренних органов в это время не было. В дальнейшем на остальных этапах эвакуации — консервативное лечение. Спустя месяц после ранения, 15/IV, появились боли в подложечной области и частые рвоты; пропал аппетит. При рентгеноскопии установлены язва двенадцатиперстной кишки, гипертрофический гастрит. Считает себя больным с января 1945 г., когда впервые почувствовал боли в правой половине живота. По поводу этого заболевания никуда не обращался, так как боли постепенно исчезали. В данном случае с травмой может быть связано лишь обострение заболевания, предшествовавшего ранению.

Выяснению вопроса, в какой мере обострение или рецидив язвенной болезни у раненных в голову и контуженных связан с боевой травмой, способствует установление времени появления первых симптомов заболевания после ранений или контузий. Оказалось, что симптомы желудочного заболевания после травмы центральной нервной системы появлялись значительно раньше при язве желудка, чем при язве двенадцатиперстной кишки. Это касается как раненных в голову, так и контуженных. Действительно, в первые 10 суток после ранения головы симптомы заболевания при язве желудка появились в 45,0% случаев, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 15,0% случаев. Так же отчетливы эти различия у контуженных. У них первые симптомы заболевания в первые 10 дней после травмы появились при язве желудка в 80,9%, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 45,4% случаев. При сравнении данных о времени возникновения жалоб на патологические явления со стороны желудка у раненных в голову и у контуженных с результатами, полученными при таком же анализе у всех раненых без учета локализации и характера травмы, следует отметить, что у раненных в череп и контуженных жалоб при язве желудка возникали в несколько более ранние сроки, чем у всех раненых; при язве двенадцатиперстной кишки они появлялись несколько позже. Изложенные данные позволяют предположить, что под влиянием травмы центральной нервной системы развивались рецидивы или обострения язвенной болезни. Это положение иллюстрируется приводимыми ниже сводками из историй болезни.

3. Больной Ш. Р., 1902 г. рождения. Призван в армию в марте 1942 г.; 17/I 1943 г. ранен осколками в лобную область. Потерял сознание на полчаса. Наблюдалась тошнота и рвота. В течение 4 суток имело место небольшое кровотечение из носа; параличей и парезов не было. При рентгенографии был установлен компрессионный перелом правой надлобной области (1 × 1,5 см) с вдавлением костных фрагментов внутрь черепа. Осмотр окулиста обнаружил, что глазное дно в норме. 18/II появились боли в подложечной области после приема пищи; иногда они приобретали характер голодных. Наблюдалась рвота, отрыжка тухлым. Считает себя больным с 1940 г. Лечился амбулаторно. Клинически и рентгенологически у больного была установлена язва желудка.

У лиц, страдающих язвенной болезнью, непосредственно вслед за контузией может развиваться кровотечение или перфорация.

4. Больной О. Г., 1913 г. рождения. С 1943 г. у больного был диагностирован катарр желудка и холецистит. Контужен 27/VIII 1944 г. Был засыпан землей, потерял сознание. Непосредственно после контузии появилась кровавая рвота и боли в подложечной области. В связи с контузией был госпитализирован. Кровотечение сравнительно быстро прекратилось. В госпитале были установлены язва двенадцатиперстной кишки, перидуоденит и сопутствующий гастрит.

В данном случае у больного с латентно протекавшей язвой двенадцатиперстной кишки после контузии появилось кровотечение.

У некоторых больных в результате контузии наступала перфорация язвы желудка.

Под влиянием контузии наблюдались рецидивы язвенной болезни.

5. Больной М., 1910 г. рождения. Был контужен 8/VII 1943 г. взрывом снаряда и засыпан землей. Потерял сознание на 1 час. 20/VII, через 12 дней, появились резкие боли в подложечной области и изжога. При поступлении в МСБ и эвакуогоспиталь жаловался на шум в ушах и понижение слуха. По анамнезу у больного в 1937 г. была установлена язва двенадцатиперстной кишки. 21/VII при рентгеноскопии у больного была обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Общая кислотность 80, свободная соляная кислота 60.

В этом случае возможна связь рецидива язвенной болезни с контузией.

В некоторых случаях под влиянием контузии, повидимому, проявляется латентно протекающая язвенная болезнь.

6. Больной Л., 1903 г. рождения. Был контужен 24/I; потерял сознание, слух, длительное время был заторможен. К 29/III состояние улучшилось, слух начал восстанавливаться. 15/V появились боли в подложечной области. У больного обнаружена язва желудка. В анамнезе указаний на язву в прошлом не имеется.

Здесь можно говорить о некоторой связи проявления язвенной болезни с контузией, хотя связь во времени еще не является причинной связью.

Изложенные данные все же не позволяют связывать возникновение язвенной болезни с ранением черепа и контузией. Можно только предполагать, что иногда под влиянием травмы центральной нервной системы латентные или протекающие с малыми симптомами заболевания могут дать развернутую клиническую картину язвенной болезни.

Язвенная болезнь у раненных в конечности

Переходим к рассмотрению вопроса о патогенетической связи язвенной болезни с боевой травмой у раненных в конечности с переломом костей и повреждением только мягких тканей.

Касаясь предположений о причинах возникновения язвенной болезни у этой категории раненных, необходимо указать, что некоторые авторы допускают возможность возникновения язвы желудка у раненных с переломом длинных трубчатых костей в результате жировой эмболии сосудов слизистой желудка. В результате закупорки сосудов и действия желудочного содержимого образуется язва, которая может приобрести хроническое течение. Однако развитие язвы подобным путем представляется маловероятным. Действительно, для того чтобы жировой эмбол мог попасть в сосуды желудка, он должен пройти через малый круг кровообращения, и только затем из левого желудочка через большой круг кровообращения он может быть занесен в сосуды слизистой желудка. Если жировая эмболия сосуда в легком при переломе длинных трубчатых костей теоретически вполне обоснована и практически наблюдается, то жировая эмболия в сосуды слизистой желудка при подобных травмах маловероятна, теоретически не обоснована и практически не доказана.

В патогенезе язвенной болезни у раненных с повреждением мягких тканей и костей конечностей известную роль, быть может, играют нейротрофические изменения слизистой желудка. Эти изменения могут быть связаны с повреждением крупных нервных стволов конечностей. Как

указывалось выше, экспериментальными исследованиями школы А. Д. Сперанского было доказано, что при различных воздействиях на седалищный нерв иногда наблюдаются изменения в области выходной части желудка и в двенадцатиперстной кишке в виде кровоизлияний и изъязвлений.

Наконец, под влиянием этих травм могут наблюдаться обострения или рецидивы язвенной болезни. Рецидивы и обострения могут быть связаны с шоком, кровопотерей, инфекцией, которые понижают общую и местную сопротивляемость организма.

Возможно, что в обострении или рецидиве язвенной болезни известные значения приобретают продукты тканевого распада (гистаминоподобные вещества). Как известно, при парантеральном введении гистамин обладает весьма выраженным свойством повышать секрецию желудочных желез.

Таким образом, при упомянутых боевых травмах имеются известные предпосылки для возникновения или обострения язвенной болезни.

Продолжительность заболевания (по данным анамнеза) язвенной болезнью на войне у раненных в конечности до их госпитализации по поводу боевой травмы была различной. Примерно у $\frac{1}{4}$ раненных в мягкие ткани симптомы заболевания появились на войне до их госпитализации по поводу ранения. У этой группы раненных заболевание, несомненно, только рецидивировало или обострилось после боевой травмы. Острое начало наблюдалось в 3 случаях. В отношении остальных раненных данных о продолжительности заболевания во время войны получить не удалось.

Что касается времени возникновения симптомов заболевания у раненных в конечности с повреждением костей, то в значительном проценте случаев сведения по этому вопросу в истории болезни отсутствуют.

У 50,0% раненных в мягкие ткани конечностей возникновение заболевания не может быть поставлено в какую-либо связь с ранением, примерно у $\frac{1}{3}$ симптомы заболевания появились на войне. В отношении остальных раненных в мягкие ткани продолжительность заболевания не выяснена, и поэтому говорить о связи у них язвенной болезни с полученным ранением не представляется возможным. Исключительная редкость язвенной болезни у этой группы раненных, установленная на основании разработки значительного статистического материала, косвенно свидетельствует об отсутствии отчетливой связи между указанным видом боевой травмы и возникновением язвенной болезни.

Возможно, что под влиянием боевой травмы у ряда раненных наблюдалось обострение или рецидив язвенной болезни. Чтобы выяснить, в какой мере обострение или рецидив язвенной болезни у раненных в мягкие ткани конечностей и у раненных с повреждением костей могут быть связаны с боевой травмой, следует рассмотреть время появления у них первых симптомов заболеваний.

У $\frac{1}{3}$ раненных в мягкие ткани конечностей в первые 10 дней после ранения появились симптомы язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. В течение первого месяца они возникли у $\frac{3}{4}$ раненных с язвой желудка и у $\frac{2}{3}$ раненных с язвой двенадцатиперстной кишки. У этих раненных появление симптомов заболевания может быть в некоторой степени связано с ранением.

Что касается раненных в конечности с повреждением костей, то у них симптомы язвы двенадцатиперстной кишки в первые 10 дней

после ранения отмечены только в единичных случаях. В сроки до одного месяца жалобы появились у 56,0% больных с язвой желудка и у 69,0% с язвой двенадцатиперстной кишки. Процент больных язвенной болезнью у раненых с различной локализацией ранения был ничтожным и весьма незначительно различался в связи с нею. Так, например, процент случаев язвенной болезни у лиц с проникающими ранениями в череп был не выше, чем у раненных в мягкие ткани; у раненных в позвоночник с повреждением спинного мозга этот процент был не больше, чем у раненных в кисть и пальцы.

Диагностика язвенной болезни у раненых в зависимости от локализации и характера ранения

Для выяснения вопроса, насколько типичными и отчетливыми были симптомы язвенной болезни у раненых и контуженных в зависимости от характера и локализации ранения и насколько они маскировались тяжестью ранения, рассмотрим время установления окончательного диагноза язвенной болезни с момента появления первых жалоб на заболывание желудка (табл. 93).

Таблица 93

Время установления окончательного диагноза язвы желудка
у раненых и контуженных в зависимости от локализации
и характера ранения (в процентах)

Время установления окончательного диагноза	Ранения мягких тканей конечности	Ранения конечности с повреждением костей	Ранения головы	Контужен
В первый день	9,5	6,3	13,0	5,0
2—5 дней	9,5	6,3	8,8	10,0
6—10 »	12,2	6,3	17,4	10,0
11—20 »	24,4	25,0	17,4	25,0
21—30 »	8,0	12,4	8,7	10,0
31—40 »	10,8	6,3	13,0	25,0
41 день—2 месяца	14,9	12,4	13,0	5,0
От 2 до 3 месяцев	5,4	6,3	8,7	5,0
» 3 » 4 »	2,7	6,3	—	5,0
» 4 » 5 »	1,3	12,4	—	—
» 5 » 6 »	1,3	—	—	—
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 93, при ранениях головы диагноз язвы желудка был установлен в первые 10 суток после появления желудочных жалоб в 39,2%, а в течение первого месяца — в 65,3%.

У $\frac{1}{3}$ раненных в голову окончательный диагноз язвенной болезни желудка был установлен спустя месяц после появления первых жалоб. Повидимому, это были случаи, где язвенная болезнь маскировалась клиническими проявлениями раневого процесса. Особенно это понятно у раненных в голову, где такие симптомы язвы, как тошнота и рвота, являлись в равной степени и мозговыми симптомами.

У контуженных диагноз язвы желудка был установлен в первые 10 дней после появления жалоб в 25,0%, а в первый месяц — в 60,0% случаев. В этом отношении имеется почти полное совпадение с данными о раненых в голову. Здесь также симптомы заболевания могли маскироваться явлениями, связанными с коммоцией или контузией.

У раненых в мягкие ткани конечностей диагноз язвенной болезни был установлен после первых жалоб на явления со стороны желудка в первые 10 дней в 31,2%, а в первый месяц — в 63,6% случаев.

У раненых в конечности с повреждением костей диагноз язвы желудка был установлен в первые дни после появления жалоб в 18,9%, а в течение первого месяца — в 56,3% случаев.

Как видно, у этих раненых диагноз язвенной болезни в первые 10 дней был установлен в значительно меньшем числе случаев, чем у раненых с другой локализацией ранения. К концу первого месяца эти различия постепенно нивелировались и по сравнению с другими категориями раненых были менее выраженными. Небольшой процент установления диагноза язвы у этих раненых в первые 10 дней после появления жалоб со стороны желудка, повидимому, объясняется тяжестью их состояния.

Рассмотрим время установления окончательного диагноза язвы двенадцатиперстной кишки у раненых и контуженных в зависимости от локализации и характера ранения (табл. 94).

Таблица 94

Время установления окончательного диагноза язвы двенадцатиперстной кишки у раненых и контуженных в зависимости от локализации и характера ранения (в процентах)

Время установления окончательного диагноза	Ранения мягких тканей конечности	Ранения конечности с повреждением костей	Ранения головы	Контузия
Первый день	5,8	8,0	—	4,5
2—5 дней	8,1	8,0	10,0	13,8
6—10 »	11,6	8,0	25,0	18,2
11—20 »	15,1	12,0	15,0	31,9
21—30 »	8,1	8,0	15,0	9,1
31—40 »	10,5	24,0	30,0	9,1
От 1 до 2 месяцев	23,3	20,0	5,0	9,1
» 2 » 3 »	9,3	8,0	—	4,5
» 3 » 4 »	5,8	4,0	—	—
» 4 » 5 »	—	—	—	—
» 5 » 6 »	1,2	—	—	—
Свыше 6 месяцев	1,2	—	—	—
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 94, при ранениях головы диагноз язвы двенадцатиперстной кишки был установлен в первые 10 дней после появления жалоб со стороны желудка в 35,0%, а в первый месяц — в 65,0%. У контуженных в первые 10 дней после появления жалоб диагноз был устано-

влен в 36,3%, а до месяца — в 77,3% случаев. В 35,0% при ранениях головы и в 22,7% при контузиях диагноз язвы был установлен спустя месяц и больше после появления жалоб.

Из приведенных данных видно, что существенных различий во времени, потребовавшемся для установления диагноза язвы двенадцатиперстной кишки у раненых в голову и контуженных, не было.

Не существует также значительных различий по сравнению с диагностикой у раненых с язвой желудка.

У раненых в мягкие ткани конечностей диагноз в первые 10 дней был установлен в 25,5%, а в первый месяц после появления жалоб — в 48,7%. У раненых с повреждением костей конечностей в первые 10 дней диагноз был установлен в 24,0%, а в первый месяц — в 44,0%.

Как видно из этих данных, диагноз язвы двенадцатиперстной кишки у этих раненых в первые 10 дней и в первый месяц после появления жалоб был поставлен в меньшем проценте случаев, чем диагноз язвы желудка. Вероятно, это было связано с большими трудностями в рентгенодиагностике язвы двенадцатиперстной кишки по сравнению с язвой желудка.

У раненых в конечности с повреждением костей диагноз язвы двенадцатиперстной кишки больше чем в половине случаев установлен спустя месяц после появления первых жалоб на патологические явления со стороны желудка.

Приведенные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Установление диагноза язвенной болезни у раненых представляло значительные трудности. Вероятно, это зависело от того, что клиника язвенного процесса у раненых нередко маскировалась картиной раневого процесса, в частности, жалобы на диспептические явления и боли в ряде случаев вначале ошибочно относились к основному патологическому процессу.

Известное значение, повидимому, имело то обстоятельство, что в ряде случаев рентгенодиагностика и исследование желудочного содержимого затруднялись тяжестью общего состояния раненого.

2. Существенных различий во времени установления окончательного диагноза язвенной болезни, в зависимости от локализации и характера ранения, не установлено. Повидимому, большое значение имела тяжесть общего состояния раненых.

3. Установление окончательного диагноза язвы двенадцатиперстной кишки представляло несколько большие трудности, чем диагностика язвы желудка.

Характеристика течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у раненых

Ввиду того что клиника язвенной болезни во время Великой Отечественной войны освещена выше, в этой главе мы остановимся лишь на особенностях ее у раненых и контуженных, как это устанавливается на основании изучения данных историй болезни.

Ведущим и наиболее тяжелым симптомом при язвенной болезни являлась боль. Боли при язвенной болезни у раненых наблюдались в 100,0% как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки, т. е. в этом отношении нет почти никакой разницы с больными язвенной болезнью без ранений.

При язвенной болезни у раненых боли в основном распределялись почти так же, как у больных без ранений. Можно лишь отметить несколько большую частоту схваткообразных болей (на 5,0%) у раненых.

С другой стороны, у раненых с язвенной болезнью чаще встречались боли в подложечной области, чем у больных без ранений. Из других локализаций болей необходимо отметить, что при язве двенадцатиперстной кишки у обычных больных чаще встречались боли в правом подреберье.

Появление болей как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки у раненых в 90,0—91,9% связано с приемом пищи. Появление болей, не связанное с приемом пищи, наблюдалось лишь в 6,5—4,4%, а сопряженное с другими моментами (физическое напряжение, волнение и т. п.) — в 2,8 и 3,7%, в то время как у язвенных больных (без ранений) боли, не связанные с едой, отмечались чаще (в 12,6% при язве желудка и в 11,3% при язве двенадцатиперстной кишки).

Итак, в отношении болей у язвенных больных с ранениями нельзя отметить каких-либо существенных отличий по сравнению с больными язвенной болезнью без ранений.

Рвота при язвенной болезни желудка у раненых наблюдалась в 69,5%, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 76,9% случаев. Следовательно, у язвенных больных с ранениями рвота проявлялась реже, чем у обычных язвенных больных.

Рвота пищей была преобладающей (в 70,0%), рвота с примесью крови имела место в 15,6%, рвота чистой кровью — только в 1,2% и кофейной гущей — в 3,6% случаев. Таким образом, по характеру рвоты нельзя отметить какой-нибудь особенности у язвенных больных с ранениями по сравнению с обычными язвенными больными, у которых рвота пищей наблюдалась в 60,8%, с примесью крови — в 16,0%, чистой кровью — в 5,8% и кофейной гущей — в 4,3%.

Одновременно с рвотой, а иногда и самостоятельно наблюдалась тошнота в 50,0% при язве желудка и в 53,5% при язве двенадцатиперстной кишки. Таким образом, у язвенных больных с ранениями тошнота встречалась не чаще, а даже несколько реже, чем у язвенных больных, не имевших ранения.

Отрыжка при язвенной болезни желудка у раненых наблюдалась в 48,0% случаев, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 53,7%; соответственно у обычных язвенных больных она отмечалась в 66,2 и 78,8%, т. е. отрыжка у язвенных больных с ранениями отмечена в значительно меньшем проценте случаев, чем у язвенных больных (без ранений).

Изжога наблюдалась при язве желудка у раненых в 55,0%, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 64,8%; соответственно у больных язвенной болезнью, не имевших ранений, она отмечена в 64,3 и 72,5%. Чаще всего изжога встречалась при повышенной кислотности, затем при нормальной, несколько реже при пониженной кислотности, отсутствии свободной соляной кислоты и ахилии, т. е. в этом отношении язвенные больные с ранениями не имеют каких-либо существенных отличий от язвенных больных, у которых язва не сочетается с ранением.

Известно, что у язвенных больных нередко отмечаются нарушения со стороны кишечника в виде запоров и поносов.

Запоры чаще встречались при язве двенадцатиперстной кишки, чем при язве желудка, но у язвенных больных, имевших ранение, они были значительно реже, чем у обычных язвенных больных. Поносы при язве

желудка у раненых встречались несколько чаще, чем у язвенных больных, не имевших ранений (12,8 против 8,4%). Дегтеобразный стул при язве желудка у раненых встречался реже, чем у язвенных больных.

Лабораторные данные. Кислотность при язве желудка была исследована в 77,1% случаев, а при язве двенадцатиперстной кишки — в 91,0%.

Результаты исследования представлены в табл. 95.

Если сравнить кислотность при язвенной болезни у раненых и у язвенных больных без ранений, то и здесь имеет место лишь незначительная разница.

Таблица 95

Распределение больных по кислотности желудочного содержимого (в процентах)

Кислотность	У раненых		У больных без ранений	
	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки
Нормальная	19,4	21,9	29,8	22,8
Повышенная	58,3	63,0	44,0	59,8
Пониженная	6,5	6,2	12,3	7,9
Анацидное и ахилическое состояние	12,1	8,2	12,2	6,7
Меняющаяся кислотность	3,7	0,7	1,7	2,8
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

Кровь при язвенной болезни у раненых исследовалась в 67,1⁰% случаев при язве желудка и в 66,9⁰% при язве двенадцатиперстной кишки (табл. 96).

Таблица 96

Состояние периферической крови у раненых и язвенных больных без ранений (в процентах)

Состояние периферической крови	У раненых		У больных без ранений	
	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки
Анемия	11,7	17,8	32,9	18,5
Повышенное содержание гемоглобина . . .	7,4	6,5	2,3	4,4
Нормальная картина крови	64,9	59,8	49,7	63,4
Прочие изменения . . .	16,0	15,9	15,1	13,7
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 96, состояние периферической крови у раненых с язвенной болезнью оказалось значительно лучшим, чем у больных без ранений; анемия отмечена при язве желудка почти в три раза реже, эритроцитоз встречался чаще.

Эта кажущаяся парадоксальность отчасти объясняется тем, что раненые солдаты и офицеры, длительно находясь в госпиталях по поводу ранения, обычно быстро восстанавливали свое здоровье (у 60,0% раненых выраженные симптомы заболевания отмечены после 10 дней пребывания в госпитале).

Кроме того, многим раненым после обусловленной ранением кровопотери производилось переливание крови, что также оказывало влияние на улучшение морфологического состава крови.

Осложнения

Осложнения при язве желудка у раненых наблюдались в 11,4%, при язве двенадцатиперстной кишки — в 5,0%, в то время как у язвенных больных без ранений соответствующие цифры составляли 25,4 и 8,9%. Следовательно, количество осложнений у раненых язвенных больных было почти в два раза меньше.

Это понятно, так как язвенная болезнь у раненых была менее выраженной по остроте, а если наступало обострение, то оно происходило в госпитальных условиях, где могло быть немедленно проведено эффективное и своевременное лечение.

Характер осложнений у язвенных больных с ранениями и у язвенных больных представлен в табл. 97.

Таблица 97

Вид осложнений при язве желудка и двенадцатиперстной кишки у раненых и у язвенных больных без ранений (в процентах ко всем осложнениям)

Вид осложнения	Язва желудка		Язва двенадцатиперстной кишки	
	раненые	больные без ранений	раненые	больные без ранений
Кровотечение	31,3	49,5	62,5	67,6
Прободение	62,4	41,4	12,5	19,1
Прочие и сочетанные	6,3	9,1	25,0	13,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из табл. 97, среди всех осложнений у язвенных больных с ранением кровотечения встречались реже как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки, чем у язвенных больных, не имевших ранения, в то время как прободение при язве желудка встречалось у раненых почти в полтора раза чаще, чем у больных без ранений, а прочие и сочетанные осложнения при язве двенадцатиперстной кишки — почти в два раза чаще.

Отмечены некоторые особенности диагностики по этапам, что видно из табл. 98.

Таблица 98

Установление правильного диагноза язвенной болезни на этапах эвакуации у раненых, одновременно болеющих язвенной болезнью, и у лиц, не имеющих ранений (в процентах)

Этап, на котором впервые поставлен правильный диагноз	Язва желудка		Язва двенадцатиперстной кишки	
	раненые	больные без ранений	раненые	больные без ранений
Первый	15,0	65,7	25,6	61,9
Второй	6,7	19,7	9,4	18,5
Третий	10,0	7,8	5,6	9,1
Четвертый	23,6	3,0	16,1	4,4
Пятый	17,4	1,9	16,3	2,6
Шестой и т. д.	27,3	1,9	27,0	3,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Как можно заключить из табл. 98, диагностика язвенной болезни у раненых, в зависимости от этапа эвакуации, значительно отличалась от диагностики у язвенных больных без ранений. У последних диагноз болезни в преобладающем большинстве случаев (80,0—85,0%) ставился на первых двух этапах; у раненых же язвенных больных диагностика выявлялась постепенно и не столько на первых этапах, сколько на последующих, повидимому, в связи с тем, что у большинства раненых язвенных больных обострения начинали проявляться не сразу после ранения.

Правильный диагноз при язвенной болезни у раненых был поставлен в 92,4—94,3%. Высокий процент совпадения диагнозов объясняется полным и всесторонним обследованием этих больных, чаще всего в госпиталях фронта или тыла.

Лечение больных язвенной болезнью, у которых одновременно было и ранение, значительно отличалось от лечения язвенных больных без ранений; у раненых язвенных больных проводилось преимущественно обычное лечение и редко применялись дополнительные терапевтические мероприятия. Оперативное лечение у раненых больных было применено в два раза реже, чем у больных без ранений. При язве двенадцатиперстной кишки у раненых совершенно не применялось хирургического лечения.

Медицинские исходы у больных язвенной болезнью желудка с ранениями в общем несколько отличаются от исходов у язвенных больных.

Отмечена меньшая летальность у раненых с язвенной болезнью, объясняющаяся меньшим процентом наблюдавшихся у них осложнений, особенно кровотечений и прободений.

Выводы

1. Клиническая картина язвенной болезни у раненых сравнительно мало отличалась от клиники язвенной болезни военного времени.

2. Медицинские исходы язвенной болезни у раненых мало отличались от исходов у больных без ранений, но в общем оказались более благоприятными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во время Великой Отечественной войны желудочно-кишечные заболевания, преимущественно гастриты и язвенная болезнь, занимали одно из первых мест в ряду заболеваний внутренних органов. Соотношение различных форм желудочно-кишечных заболеваний значительно изменялось в зависимости от этапа эвакуации. В войсковом и армейском районе число больных с острыми желудочно-кишечными заболеваниями было больше, чем в госпиталях тыла. В войсковом районе в большом числе случаев госпитализировались также больные с различными формами хронических гастритов. В лечебных учреждениях ФЭП сосредоточивались больные, требующие более длительных сроков лечения.

Преобладающее число больных гастритом госпитализировалось в войсковом и армейском районе, и примерно у 80,0% страдающих язвенной болезнью определялись окончательные исходы во фронтовом и тыловом районе.

Важно подчеркнуть, что по мере продолжения войны число госпитализированных больных гастритом в войсковом районе неизменно нарастало. Уже на третьем году войны госпитализация этих больных в войсковом и армейском районе достигла $\frac{2}{3}$ и лишь $\frac{1}{6}$ больных находилась на излечении в более глубоком тылу.

Эти данные свидетельствуют о постепенно улучшающейся организации медицинской службы, сказывающейся в том, что все больше и больше налаживалось и улучшалось качество лечения больных определенной категории на месте — в войсковом и армейском районе — без эвакуации в тыл.

Среди различных клинических форм гастритов преобладали хронические (от 62,5 до 68,5%); острые гастриты занимали небольшое место (около 5,0%). Наибольший процент острых гастритов был зарегистрирован в первое полугодие войны — 8,7. В дальнейшем удельный вес острых гастритов снизился, и в третьем году Великой Отечественной войны они составляли лишь 3,4%. Относительно больший процент заболеваний острым гастритом в начале войны надо связывать с тем, что значительная масса людей, призванных из запаса и по мобилизации, еще не приспособилась к новым условиям режима питания. Незначительный рост острых гастритов к концу войны, очевидно, также должен найти объяснение в особенностях оперативно-тактической обстановки, проявившихся в наступательных операциях огромного масштаба и не позволявших на отдельных этапах боевых операций проводить в полной мере необходимую профилактику.

Гастродуоденит и пилородуоденит зарегистрированы в небольшом числе случаев. К этому нужно подходить несколько критически, так как большая группа подобных больных нередко проходила под диагно-

зом язвенной болезни. В данную группу относились те больные, у которых симптомы заболевания соответствовали клинической картине язвенной болезни, а рентгенологические исследования исключали язву желудка или двенадцатиперстной кишки.

Как уже было отмечено, среди различных клинических форм гастрита важнейшее место принадлежало хроническому гастриту. В ходе войны отчетливо выявилась тенденция к относительному снижению удельного веса хронического гастрита (неосложненного) при одновременном относительном повышении гастрита с сопутствующими заболеваниями других внутренних органов. Действительно, если число случаев хронического гастрита в первом году войны составляло 68,5% ко всем заболеваниям желудка, то на третьем году оно выразилось в 62,5%.

В течение войны заболевания гастритом по родам войск распределялись более или менее равномерно. Это дает право заключить, что какие-либо специфические вредности, могущие обусловить заболевание гастритом в том или ином роде войск, отсутствовали. Несколько больший процент заболеваний гастритом в нестроевых частях объясняется тем, что в составе этих подразделений вообще было больше лиц с различными хроническими заболеваниями (в частности, хроническими гастритами), ограничивавшими годность к строевой службе.

Отмечалась определенная связь учащения госпитализации больных гастритом с временем года. Наибольшее число их приходилось на осенне-зимний период. Очевидно, эту сезонность обострений надо связывать с метеорологическими факторами и изменившимися условиями быта войск.

На обращаемость и госпитализацию больных гастритами определенное влияние оказывала оперативно-тактическая обстановка. Так, например, в N-ском соединении в январе 1945 г. в межбоевой период за 44 дня (с 1/XII 1944 г. по 13/I 1945 г.) поступило в 6 раз больше больных гастритами, чем за тот же срок зимой, но в период наступательных боевых действий войск.

Из этиологических факторов, способствующих более частым обострениям хронических гастритов в условиях военных действий, на первое место надо поставить нарушение режима питания, а также качества пищи (особенно хлеба); в некоторых случаях известное значение имело чрезмерное курение. Часто гастрит возникал в связи с заболеваниями кишечника (энтериты, колиты), печени и желчных путей (гепатиты, холециститы, холангиты).

В ряде случаев гастриты возникали после перенесенных инфекций, среди которых наибольшее значение имела дизентерия.

Иногда удавалось установить определенную этиологическую связь между гастритами и боевой травмой. При них в большинстве случаев гастрит появлялся как осложнение.

Гастрит нередко сопутствовал и сердечно-сосудистым заболеваниям в стадии декомпенсации. Очевидно, в данном случае развитию гастрита способствовали застойные явления в желудке. Следует подчеркнуть, что врачами распознавалась сравнительно небольшая часть подобных сопутствующих гастритов. Это объясняется тем, что взгляд на гастрит как на вторую болезнь еще не получил должного признания, а для выявления основного заболевания в условиях военно-полевой обстановки нередко требовались дополнительные исследования (дуоденальное зондирование, копрограмма, рентгенологическое исследование желудка и кишеч-

ника и т. д.), которые не всегда были доступны в условиях войскового и даже армейского района.

Особое внимание привлекали заболевания гастритом с повторной госпитализацией, когда у больных в конечном счете выявлялась язвенная болезнь. В ряде случаев это была язва желудка или двенадцатиперстной кишки, имевшаяся с самого начала заболевания и ошибочно принятая за гастрит. Имеются, однако, основания утверждать, что в ряде случаев гастриты патогенетически были связаны с последующим развитием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Очевидно, речь шла о так называемом язвенном, или эрозивном (болевом), гастрите. Известно, что эту форму гастрита одни авторы трактуют как особое проявление язвенной болезни, другие — как особый вид хронического гастрита, никогда не переходящего в типичную язву желудка. Большой опыт, накопленный в военное время, заставляет признать в части случаев патогенетическую связь гастритов с развитием язвенной болезни.

Особенности клинического проявления хронического гастрита во время войны сводились к следующему. Во-первых, гастриты, как правило, сопровождалась упорными болями. Боли по своему характеру напоминали болевой симптомокомплекс при язвенной болезни. Чаще, чем в мирное время, встречались диспептические явления, особенно рвота. Из объективных данных обращала на себя внимание тенденция к нарушениям кроветворения (почти в 17,0% обнаружена гипохромная анемия). В 42,1% гастриты протекали с повышенной кислотностью и в 27,0% — с нормальной. Гастриты с пониженной кислотностью сопровождалась гастрогенными поносами, нередко приводившими к значительному упадку питания и гиповитаминозам.

Диагностика гастрита на практике иногда встречала большие затруднения. Особенно был труден дифференциальный диагноз гастрита и язвенной болезни.

По мере продолжения войны процент правильных диагнозов нарастал. Так, если в первый год войны гастрит в войсковом районе правильно распознавался в 33,0—39,0% случаев, то на четвертом году — в 51,0—57,0%. Чаще всего гастрит смешивали с язвенной болезнью. Ошибочно как гастрит трактовали и ряд других заболеваний (рак желудка, болезни кишечника, печени, желчных путей, хронические заболевания сердца), а также некоторые инфекционные заболевания (дизентерия, малярия и др.).

Лечение гастрита в основном было таким же, как и в мирное время. Обращалось внимание на общее состояние больного, причину возникновения гастрита и особенности клинического проявления в каждом отдельном случае. При гастритах сопутствующего характера план лечения строился в связи с основным заболеванием.

В качестве профилактических мероприятий уделяли внимание зубопротезированию и организации щадящего питания, которое в ряде случаев лица, страдавшие хроническим гастритом, получали непосредственно в части.

Особое внимание уделялось полному излечению острых гастритов. В межбоевой период во многих частях были организованы дома отдыха. Пребывание в них также имело несомненное значение в профилактике обострения желудочных заболеваний, равно как и общая система профилактических мероприятий, проводимая в Советской Армии: надзор за пищей, обезпечение кипяченой водой, питательные и обогревательные пункты и т. д.

Медицинские исходы у больных гастритами, как правило, были хорошими. Абсолютное большинство больных после госпитального лечения выписывалось в часть либо по выздоровлении, либо со значительным улучшением. Из всех больных гастритами 83,9% было выписано в строй и 14,3% выписано в нестроевые части или с ограничением годности.

Переводились на нестроевую службу, признавались ограниченно годными и увольнялись в запас в подавляющем большинстве случаев больные лишь при наличии других (основных) заболеваний внутренних органов или при отягощающих гастрит осложнениях (упадок питания, анемия, перигастрит, перидуоденит).

Учитывая, что подавляющее число лиц, болевших гастритами, оставалось в армии, следует подчеркнуть важность для сохранения их боеспособности планомерно проводимых профилактических мероприятий непосредственно в частях. Особое внимание уделялось выявлению лиц, больных гастритами, их учету. Они подвергались систематическому наблюдению, амбулаторному лечению, для них организовывалось щадящее питание и т. д.

Процент язвенных заболеваний значительно колебался в зависимости от этапов эвакуации. Наибольшее число больных, госпитализированных с язвенной болезнью и поступивших из действующей армии, все же приходится на госпитали армейского и фронтового тыла. Сосредоточение больных язвенной болезнью в указанных районах вполне понятно, ибо эти больные требовали специальных методов обследования и длительных сроков лечения.

Анализ разработок историй болезни показывает, что за первый и частично за второй год Великой Отечественной войны свежих язвенных заболеваний было мало: преобладали рецидивы или обострения хронических язв, возникших еще до войны. По мере продолжения войны увеличивался удельный вес свежих язв. Увеличение последних, очевидно, надо связывать с тем, что по мере продолжения войны значительное число болевших язвой до войны увольнялось из армии. Это подтверждается и процентными соотношениями между язвенной болезнью и всеми желудочно-кишечными заболеваниями по годам войны: первый год—29,1%, второй—23,3%, третий—20,9%, четвертый—18,5%. Следовательно, нет никаких оснований говорить об абсолютном увеличении язвенной болезни по мере продолжения войны. Если в то же время примерно $\frac{1}{4}$ язвенных заболеваний выявлена впервые на войне, то объяснение этому скорее всего следует искать в частоте язвенной болезни у призванного в армию мужского гражданского населения соответствующих возрастов.

Снижение удельного веса язвенной болезни по годам войны следует расценивать отчасти как показатель малой пригодности этих больных для службы в армии. По данным военного времени установлено, что большинство из призванных в армию с не выявленной во время призыва язвенной болезнью увольняется уже в первый год службы.

Отсутствие закономерной связи между частотой язвенной болезни и условиями боевых действий может найти подтверждение также в следующем факте. По материалам одного из крупнейших фронтов, в первое полугодие войны 81,7% страдавших язвенной болезнью имели длительный язвенный анамнез. В этой группе 37,9% до войны лечились амбулаторно, а в 43,8% случаев пользовались стационарным лечением. В 30,6% случаев язвенной болезни удалось собрать документальные доказательства — данные рентгенологического обследования с указанием на наличие до

войны симптома ниши в области желудка или двенадцатиперстной кишки. По этим материалам, только в 18,0% случаев можно допустить развитие или обострение язвенной болезни непосредственно на фронте. По данным других госпиталей того же фронта, за первый год войны число язв, установленных у больных еще до войны, было еще больше (92,3%), и лишь в 7,7% случаев заболевание впервые выявилось на войне.

Приведенные данные показывают, что нарастание язвенной болезни в действующих армиях имело место в первые годы войны. Указанный рост шел за счет лиц, призванных в армию из запаса. Следовательно, преобладающее число случаев язвенной болезни, зарегистрированных за этот период войны, безусловно возникло еще до призыва в армию. Таким образом, не приходится говорить о язвенной болезни как специфической болезни войны, однако можно считать доказанным, что боевая обстановка способствовала выявлению ранее латентно протекавших язв. Военная обстановка как бы способствовала установлению истинной частоты язвенной болезни, так как много лиц, страдавших язвенной болезнью в мирных условиях, в привычной обстановке справлялись с легкими обострениями и рецидивами и не обращались даже за амбулаторной помощью. Но эти же лица, призванные в действующие войска, во время обострения или рецидива болезни из-за невозможности соблюдать соответствующий режим труда и питания были вынуждены обращаться к медицинской помощи.

По локализации язвы в желудке встречались примерно столь же часто, как и в двенадцатиперстной кишке (1,07 : 1). Более детальный анализ разработанных материалов о локализации язв в военное время позволяет заключить, что соотношение язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки у военнослужащих (по сравнению с больными мужчинами гражданского населения соответствующих возрастов) изменилось в сторону увеличения количества случаев язвы двенадцатиперстной кишки. Исключением явился лишь Ленинградский фронт, где в силу особых условий военной обстановки наблюдался заметный рост желудочных язв. Материалы Ленинградского фронта дают основание заключить, что в патогенезе язвы желудка, помимо нейротрофического фактора, играл роль и фактор питания. На этом же фронте чаще всего встречались и язвы с множественной локализацией. Однако при анализе вопроса о соотношениях локализаций язв желудка и двенадцатиперстной кишки следует учесть, что нередко даже на операционном столе при локализации язв вблизи привратника трудно решить вопрос о точной топографии.

Как и в мирное время, можно было отметить увеличение числа рецидивов в осенне-зимний период с максимальным их ростом в декабре—январе и весной (март). На летний период приходилось минимальное число госпитализаций.

Тщательно анализируя данные некоторых фронтов, можно заключить, что активные боевые действия обуславливали рост обострений и рецидивов именно у больных язвой двенадцатиперстной кишки.

Обращает на себя внимание различное влияние боевой обстановки (наступление, оборона) на частоту госпитализации язвенных больных и больных гастритами.

По сравнению с гастритами госпитализация язвенных больных характеризовалась большим постоянством и большей равномерностью. Правда, и здесь отмечалось некоторое снижение госпитализации во время наступательных операций и некоторый рост в периоды между активными бое-

выми действиями. Но эти колебания были все же незначительны и во всяком случае меньше по сравнению с госпитализацией больных гастритами.

Очевидно, язвенные больные с более выраженными объективными и субъективными симптомами госпитализировались с момента обострения процесса.

Клиника язвенной болезни во время войны все же отличалась некоторыми особенностями, имеющими научное и практическое значение. Прежде всего это касается болевого симптома. Наблюдавшиеся в преобладающем числе случаев (в 94,6%) боли очень часто носили острый и резко выраженный характер, отличались необычайной длительностью и нередко трудно поддавались устранению, в частности, при помощи диеты. Реже встречались тупые, ноющие боли; последние чаще наблюдались при язве двенадцатиперстной кишки (в 43,6%). Часто боли были связаны с приемом пищи и носили ранний характер. Заслуживает внимания тот факт, что ранние боли при язвах двенадцатиперстной кишки были не менее редкими, чем при язвах желудка.

Возникновение указанных болей нельзя было связывать со степенью кислотности, ибо они возникали почти одинаково часто у больных с нормальной, повышенной кислотностью и даже при ее отсутствии. Правильнее всего с патогенетической точки зрения эти боли связывать с внезапно возникающим спастическим состоянием мускулатуры желудка и области привратника, а возможно, и с сопутствующим спазмом кровеносных сосудов, с последующим нарушением питания — ишемией стенки желудка. Очевидно, быстрая возникновения подобных спазмов мускулатуры, связанная с приемом пищи, должна быть объяснена повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы.

Боли часто сочетались с рвотой. Последняя при язвенной болезни во время войны встречалась также очень часто (в 90,5% при язве желудка и в 88,15% при язве двенадцатиперстной кишки).

Обращает на себя внимание относительно высокий процент наличия кровавой рвоты (32,7% при язве желудка и 18,3% при язве двенадцатиперстной кишки). Однако рвота чистой кровью (типичное желудочное кровотечение) наблюдалась значительно реже (8,1—2,6%).

По сравнению с мирным временем в военный период при язвенной болезни значительно чаще наблюдалось понижение аппетита (40,9% при язве желудка и 30,7% при язве двенадцатиперстной кишки). Понижение аппетита нельзя было связать со степенью кислотности. В части случаев отмечалось сочетание язвенной болезни с симптомами дистрофии, что, естественно, отражалось не только на сроках лечения, но и на особенностях клинического течения и на исходах.

Опыт Великой Отечественной войны показал, что ни одна из существовавших до войны теорий язвенной болезни не может претендовать на всеобщее признание.

Прежде всего надо обратить внимание на неврогенную теорию, в последнее десятилетие особенно привлекающую к себе внимание широких врачебных кругов. Казалось бы, что на войне нервно-психических воздействий было больше, чем в обстановке мирного времени, тем не менее язвенная болезнь среди личного состава Советской Армии не получила большего распространения, чем это имело место в условиях мирного времени среди соответствующих возрастных групп гражданского населения.

Не нашла подтверждения и теория доминирующей роли в происхождении язвенной болезни непосредственного повреждения центральной или вегетативной нервной системы. При многочисленных черепно-мозговых ранениях и коммоционно-контузионном синдроме язвенная болезнь встречалась не чаще, чем у остальных групп раненых. Кровоизлияния в слизистую оболочку желудка, отмеченные некоторыми патологоанатомами при ранениях головного мозга, наблюдались одновременно и во многих других органах. Во всяком случае указанные изменения со стороны желудка по клиническому проявлению не давали оснований для того, чтобы относить их в какой-нибудь мере к язвенной болезни. Нельзя также признать за хроническим гастритом ведущую роль в развитии язвенной болезни. Это доказывается тем, что хотя во время войны и наблюдалось большое число различных форм гастритов, однако число язвенных заболеваний не увеличилось; кроме того, клинические проявления сопутствующего гастрита при язвенной болезни отмечались в небольшом числе случаев. Это не исключает возможности наличия в отдельных случаях патогенетической связи в развитии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с некоторыми формами гастритов (пилородуодениты).

Основываясь на последних достижениях советской физиологии, мы должны, очевидно, придавать определенное значение нервнорегуляторному механизму, который вместе с рядом других факторов, к тому же действующих одновременно и повторно, может обуславливать возникновение и соответствующую клиническую картину язвенной болезни.

Среди отдельных патогенетических факторов, способствующих развитию язвенной болезни, необходимо учитывать роль хронических интоксикаций (алкоголь, курение), а также фактора питания, могущего при неблагоприятных условиях ослабить организм в целом и понизить сопротивляемость слизистой желудка.

Мы должны признать, что при прочих равных условиях фактор питания и особые условия труда и быта имели известное значение в развитии язвенной болезни на некоторых фронтах действующей армии.

Отражением этих комплексно воздействующих и меняющихся условий явились, в частности, колебания процентных соотношений язвенных больных на разных этапах эвакуации и всех больных с желудочно-кишечными заболеваниями.

По данным ряда госпиталей N-ского фронта, можно отметить и некоторые другие черты, отличные от тех, которые были свойственны клинике язв, наблюдавшейся во всех остальных лечебных учреждениях нашей армии. Здесь значительно чаще наблюдались больные с пониженным питанием и констатировалось относительное преобладание числа именно желудочных язв, протекавших не только с пониженной кислотностью, но даже в известном проценте случаев (в 5,3%) и при отсутствии свободной соляной кислоты. Несколько иные данные имелись и со стороны крови и кроветворных органов. Специальными исследованиями Г. Н. Чекулаева установлено, что у язвенных больных N-ского фронта частота эритроцитоза была значительно ниже по сравнению с данными клиники мирного времени: число эритроцитов свыше 5 000 000 встретилось только в 3,0%, а в 10,0% случаев количество эритроцитов колебалось в пределах 4 700 000—4 500 000. По данным клиники мирного времени, эритроцитоз при язвенной болезни отмечался значительно чаще.

У больных язвенной болезнью отмечена склонность к образованию чрезвычайно больших язвенных ниш. Указанные большие ниши были

нередко окружены обширным воспалительным валом слизистой с образованием так называемых краевых псевдодефектов. Очевидно, все эти особенности в клиническом проявлении язвенной болезни на этом фронте надо связать с предшествовавшим нарушением питания, главным образом из-за недостатка полноценных белков и витаминов. Фаза значительного улучшения условий питания как раз совпадала с началом роста выявляемой язвенной болезни. Кстати, на этом фронте удалось установить в некоторых случаях сочетание язвенной и гипертонической болезни. Вероятно, в их этиологии имели существенное значение предшествовавшие условия питания и воздействие часто повторяющихся нервно-психических перенапряжений. К этому следует прибавить наблюдения И. М. Яхнич, отметившего у гипертоников склонность к чрезмерным спастическим состояниям мышц всего пищеварительного тракта: гастроспазм, спазм пищевода, колоспазм и кардиоспазм. Все это, вероятно, могло отразиться на питании слизистой желудка и, следовательно, создать благоприятные условия для возникновения свежих или обострения ранее латентно протекавших хронических язв.

Учитывая всю сложность взаимодействия указанных многочисленных факторов в развитии язвенной болезни, наши врачи на войне при построении плана лечения и профилактики выявляли в каждом отдельном случае прежде всего роль ведущего фактора. В связи с этим в некоторых случаях главное внимание при лечении уделялось воздействию на центральную и вегетативную нервную систему. Применялись различные лекарственные средства (бром, атропин, люминал и др.) в сочетании с соответствующими физиотерапевтическими процедурами, воздействующими на нервную систему.

В других случаях особое место в лечении язвенной болезни отводилось терапии местного процесса, в частности, воспалительно-гастритического (строгая щадящая диета, запрещение курения и алкоголя, щелочи, хлористый кальций, местные тепловые процедуры, диететическое питание, включая витамины, переливание крови и др.).

Во всех случаях при выборе терапии учитывалась необходимость воздействия как на местное проявление болезни, так и на организм в целом.

Остаиваясь на различных осложнениях язвенной болезни, укажем прежде всего на перфорацию язвы. Последняя в среднем наблюдалась в 6,2% (чаще при язве желудка и значительно реже при язве двенадцатиперстной кишки). Очень важно подчеркнуть, что перфорации часто происходили непосредственно в войсковых частях. Здесь далеко не всегда можно говорить о запоздалой диагностике: сплошь и рядом язвенная болезнь протекала без выраженных субъективных симптомов. Непомалый процент случаев перфораций относился также к тем больным, которые в боевой обстановке считали необходимым выполнять свой долг перед родиной, невзирая на состояние здоровья.

Как видно из анализа данных о летальных исходах вследствие осложнений язвенной болезни, основным видом осложнения были прободения, из которых половина отмечена в эвакуационных госпиталях, а другая — на передовых этапах эвакуации.

Другой вид осложнения — кровотечение чаще наблюдалось непосредственно в частях.

Летальность при язве желудка в связи с кровотечениями не превышает летальности при этом осложнении в мирное время. Из анализа

летальных исходов видно, что в сравнительно большом проценте случаев профузные кровотечения сочетались с пенетрирующими язвами (18,2), а последние — с их прободением (13,8). Среди всех летальных исходов множественные язвы отмечались в 12,0% случаев, из которых в 25,0% отмечены одновременно язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Заслуживают внимания данные медицинских исходов. В связи с проводившимся лечением в среднем улучшение наступило в 65,0%. Прогрессивно увеличивалось число благоприятных исходов, что объясняется непрерывно совершенствовавшейся в ходе войны организацией терапевтической помощи. Огромную положительную роль сыграли ТППГ, а на некоторых фронтах — специализированные эвакуо-госпитали или отделения для желудочно-кишечных больных. В этих специализированных госпиталях фронта и отделениях можно было с максимальной эффективностью применять по существу весь комплекс современной терапии язвенной болезни (рациональная диетотерапия, всевозможные виды физиотерапии, протеинотерапия, расширенная фармакотерапия — бромиды, атропин и т. д.).

Опыт войны учит, что эти госпитали или по крайней мере специализированные отделения полностью себя оправдали.

Менее благоприятные исходы отмечены на первых этапах эвакуации (в войсковом и армейском районе). Это, несомненно, необходимо связать с тем, что в данных районах сосредоточивались наиболее тяжелые (подчас нетранспортабельные) больные, имевшие такие осложнения, как перфорация и обильное кровотечение.

Обращает внимание сравнительно высокий процент повторно госпитализированных.

Исходы, как и следовало ожидать, имели прямую связь с временем распознавания заболевания: чем раньше устанавливался диагноз, следовательно, чем раньше больные госпитализировались, тем лучше были результаты. При неправильной и запоздалой диагностике на первых этапах эвакуации явно увеличивалось количество неблагоприятных исходов. Осложнения, как указывалось выше, чаще возникали на первых этапах эвакуации.

Худшие исходы отмечены при желудочной локализации язв. Так, летальность при язве двенадцатиперстной кишки была значительно меньше, чем при язве желудка.

Особый интерес представлял вопрос о взаимосвязи различных ранений и контузий с возникновением язвенной болезни. Особенно важно было изучить связь между ранениями центральной нервной системы и язвенной болезнью. Убедительных доказательств в пользу этиопатогенетической связи язвенной болезни с боевой травмой установить не удалось. Нет также оснований ставить возникновение язвенной болезни в какую-либо определенную связь с ранениями головного или спинного мозга, а также с контузионно-коммоционным синдромом.

Клиника язвенной болезни у раненых мало отличалась от клиники военного времени у тех же больных без ранений. Среди раненых при наличии язвенной болезни отмечался несколько больший процент уволенных из армии. Однако это зависело не от особого течения у них язвенной болезни, а от характера самих ранений. Следует также отметить, что из числа лиц, призванных в армию после различных хирургических операций по поводу язвенной болезни, значительная часть была уволена из армии, а остальные продолжали службу на нестроевых должностях.

В общем отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни в условиях военных действий оказались несколько ниже по сравнению с отдаленными результатами в условиях мирного времени.

Приведенные сведения об исходах язвенной болезни в разные периоды Великой Отечественной войны и на различных этапах эвакуации дают конкретное представление о динамике этих исходов на протяжении всей войны. В практическом отношении важно сопоставить существовавшие в мирное время взгляды врачей на степень трудоспособности и пригодности язвенных больных к несению военной службы с тем, что дал опыт Великой Отечественной войны.

Условия боевой обстановки часто изменяли характер язвенного процесса: последний нередко сопровождался серьезными осложнениями, субъ-ективные проявления были более острыми, участилась повторная госпитализация. Таким образом, существовавшее до войны и в начале войны мнение, что язвенная болезнь якобы не является противопоказанием к несению военной службы, опытом Великой Отечественной войны в значительной мере опровергнуто. Во время войны многие врачи изменили свое отношение к оценке степени боеспособности при язвенной болезни. Большинство из них пришло к выводам, что критерии мирного времени и работы в гражданских условиях нельзя распространять на службу в армии и, в частности, в военное время и что вопрос о годности к военной службе лиц, страдающих язвенной болезнью, должен в каждом конкретном случае решаться в зависимости от индивидуального состояния призываемого, его воинского звания и служебного назначения. В случае зачисления таких лиц в армию каждый раз необходимо определять условия их использования в войсках.
